Tủ sách
XÃ-PHƯỜNG-THỊ TRẤN

HỘI ĐỒNG CHỈ ĐẠO XUẤT BẢN
SÁCH XÃ, PHƯỜNG, THỊ TRẤN

CHĂM SÓC BỆNH TRONG GIA ĐÌNH

TẬP I

NHÀ XUẤT BẢN
CHÍNH TRỊ QUỐC GIA

NHÀ XUẤT BẢN
Y HỌC

https://tieulun.hopto.org

https://tieulun.hopto.org

CHĂM SÓC BỆNH TRONG GIA ĐÌNH

https://tieulun.hopto.org

HỘI ĐỒNG CHỈ ĐẠO XUẤT BẢN

Chủ tịch Hội đồng
TS. NGUYỄN THẾ KỶ

Phó Chủ tịch Hội đồng
TS. NGUYỄN DUY HÙNG

Thành viên
TS. NGUYỄN AN TIÊM
TS. KHUẤT DUY KIM HẢI
NGUYỄN VŨ THANH HẢO

https://tieulun.hopto.org

HOÀNG GIA (Chủ biên)

CHĂM SÓC BỆNH TRONG GIA ĐÌNH

(TẬP 1)

NHÀ XUẤT BẢN
CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT

NHÀ XUẤT BẢN
Y HỌC

Hà Nội - 2012

https://tieulun.hopto.org

CHỦ BIÊN

HOÀNG GIA - Bác sĩ, nguyên Trưởng Bộ môn Điều dưỡng, Đại học Y Hà Nội

ĐỒNG TÁC GIẢ:

VŨ ĐÌNH QUÝ - Bác sĩ, nguyên giáo vụ Bộ môn Lao và Bệnh phổi Đại học Y Hà Nội

PGS. TS. BÙI ĐỨC DƯƠNG - Cục Phó Cục Phòng chống HIV - AIDS, Bộ Y tế

https://tieulun.hopto.org

LỜI NHÀ XUẤT BẢN

Hiện nay, việc tiếp cận dịch vụ khám, chữa bệnh và chăm sóc y tế ở cơ sở, đặc biệt là vùng sâu, vùng xa đang gặp rất nhiều khó khăn, vì vậy, công tác giáo dục sức khỏe, tăng cường kiến thức và hiểu biết của người dân về tự bảo vệ, chăm sóc sức khỏe bản thân là một yêu cầu cấp thiết được đặt ra không chỉ với ngành y tế mà với toàn xã hội.

Thực hiện Đề án trang bị sách cho cơ sở xã, phường, thị trấn của Ban Tuyên giáo Trung ương và thực hiện chủ trương xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia - Sự thật và Nhà xuất bản Y học phối hợp xuất bản bộ sách ***Chăm sóc bệnh trong gia đình***.

Bộ sách gồm 2 tập, Tập 1 gồm 4 chương. Chương 1: Các bệnh tim mạch; Chương 2: Các bệnh hô hấp; Chương 3: Các bệnh tiêu hóa; Chương 4: Các bệnh tiết niệu.

Với cách trình bày cụ thể và dễ hiểu về các triệu chứng lâm sàng, cách chẩn đoán, điều trị một số bệnh thường gặp, cuốn sách sẽ là cẩm nang hữu ích đối với nhân dân cũng như cán bộ y tế cơ sở trong quá trình điều trị bệnh và chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

https://tieulun.hopto.org

Mặc dù các tác giả đã biên soạn kỹ lưỡng nhưng cuốn sách khó tránh khỏi những sơ suất, rất mong nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc để lần xuất bản sau nội dung sách hoàn thiện hơn.

Xin giới thiệu cuốn sách với bạn đọc.

Tháng 11 năm 2012

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA – SỰ THẬT

https://tieulun.hopto.org

LỜI NÓI ĐẦU

Ốm đau bệnh tật luôn là nỗi lo lắng đối với mỗi thành viên trong từng gia đình và không phải trong bất kỳ hoàn cảnh nào cũng có điều kiện tiếp cận dịch vụ khám và chăm sóc y tế kịp thời. Chính vì thế, việc rèn luyện và chăm sóc sức khỏe cá nhân là một yêu cầu ngày càng cao của gia đình và xã hội.

Với người cao tuổi, sức khỏe của chính bản thân mình có thể thay đổi bất thường hằng ngày cho nên việc tự theo dõi các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện ở cơ thể nhằm chủ động cung cấp thông tin cho cán bộ y tế để có được sự chẩn đoán bệnh sớm và được điều trị kịp thời, giúp sức khỏe nhanh chóng hồi phục là rất cần thiết.

Xuất phát từ những yêu cầu trên, đồng thời góp phần hưởng ứng chính sách về xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân do ngành y tế Việt Nam khởi xướng, chúng tôi soạn thảo bộ sách: ***Chăm sóc bệnh trong gia đình*** nhằm cung cấp cho nhân dân những hiểu biết đơn giản, thiết yếu về các biểu hiện toàn thân và cơ

https://tieulun.hopto.org

năng trên phương diện lâm sàng của từng bệnh trong cơ thể, nhằm giúp người dân nhận biết được các dấu hiệu mắc bệnh của chính mình hoặc người thân trong gia đình rồi phản ánh lại cho cán bộ y tế để có biện pháp chẩn trị nhanh chóng và hiệu quả.

Sách gồm 2 tập, 10 chương, mỗi chương đề cập tương đối đầy đủ các chứng bệnh của một bộ phận trong cơ thể. Cuốn sách giúp người dân có thể đọc tham khảo về bệnh tật một cách có hệ thống khi có thời gian rỗi rãi tại nhà hay tại phòng đọc nhà văn hóa thôn, xã; hoặc có thể tra cứu nhanh một bệnh cụ thể nào đó mà mình quan tâm.

Với cán bộ y tế cơ sở, cuốn sách có thể được sử dụng để tra cứu khi cần thiết giúp giải quyết tốt những tình huống bệnh tật cụ thể tại cộng đồng.

Chúng tôi đã rất cố gắng và nghiêm túc khi biên soạn bộ sách này. Tuy nhiên chắc sẽ không tránh khỏi những thiếu sót về nội dung cũng như hình thức trình bày. Mong nhận được sự chỉ dẫn của các cán bộ y tế và sự đóng góp ý kiến quý báu của độc giả.

Xin chân thành cảm ơn.

CÁC TÁC GIẢ

https://tieulun.hopto.org

MỤC LỤC

- Lời Nhà xuất bản	5
Lời nói đầu	7
Chương 1: Các bệnh tim mạch	13
Một số khái niệm	13
Ngất và thỉu	22
Đau thắt ngực	26
Ngoại tâm thu	35
Giảm huyết áp	38
Giảm huyết áp tư thế đứng	39
Hẹp lỗ van hai lá (mitral)	40
Hở van hai lá	44
Hở lỗ van ba lá	45
Hẹp lỗ van ba lá	46
Viêm cơ tim do bệnh thấp khớp cấp	48
Xơ cứng động mạch chủ	50
Xơ cứng động mạch vành	51
Nhồi máu cơ tim	52
Suy tim	58
Các bệnh tim bẩm sinh	73
Thai nghén ở người mắc bệnh tim	76
Ép tim ngoài lồng ngực	78

https://tieulun.hopto.org

Hồi sinh tim 79
Chương 2: Các bệnh hô - hấp 80
Ho 80
Ho ra máu 82
Nấc 86
Viêm họng 87
Bệnh ở khí đạo do virút 89
Viêm phế quản cấp tính 91
Viêm phế quản mạn tính 94
Hen phế quản 97
Dị vật đường thở 101
Bệnh ung thư phế quản - phổi 104
Viêm phế quản - phổi 106
Viêm phổi do virút 111
U di căn ở phổi 113
Suy hô hấp 114
Bệnh nhiễm bụi silic ở phổi 117
Tràn dịch màng phổi 119
Bệnh lao phổi 121
Chấn thương lồng ngực 133
Hồi sinh hô hấp "miệng kề miệng" bằng cách thổi không khí thở ra 134
Dự phòng tắc khí - phế quản 135
Chương 3: Các bệnh tiêu hoá 138
Bệnh ở lưỡi 138
Bệnh thực quản 140
Viêm miệng 146
Khó tiêu 147

https://tieulun.hopto.org

Trướng khí dạ dày 149
Rối loạn tiêu hoá chức năng 150
Táo bón chức năng mạn tính 151
Viêm tấy dạ dày 152
Viêm dạ dày cấp tính 153
Viêm dạ dày mạn tính 154
Loét dạ dày - tá tràng 155
Ung thư dạ dày 157
U dạ dày lành tính 159
Sa niêm mạc dạ dày 159
Viêm ruột thừa cấp tính 160
Tắc ruột 162
Viêm hạch mạc treo ruột 164
Các viêm ruột kết* nhiễm trùng 165
Viêm ruột thẳng - kết chảy máu 167
Túi thừa của ruột kết 168
Ung thư ruột kết 169
Ung thư ruột thẳng 171
Trĩ 172
Chứng teo vàng cấp tính của gan 174
Viêm gan nhiễm độc 175
Viêm gan dạng lupus 177
Gan nhiễm mỡ 177
Ung thư gan nguyên phát 178
Ung thư gan thứ phát 179
U nang bào sán ở gan 180
Xơ gan 181
Bệnh sỏi mật 188

https://tieulun.hopto.org

Viêm ống mật 190
Viêm túi mật cấp tính 191
Viêm túi mật mạn tính 193
Ung thư các đường dẫn mật 194
Viêm tuyến tụy cấp tính 195
Viêm tuyến tụy mạn tính 197
Viêm tuyến tụy do quai bị 199
Ung thư tuyến tụy 199
Chương 4: Các bệnh tiết niệu 201
Phù 201
Bí tiểu tiện 205
Viêm bể thận và viêm thận - bể thận cấp tính 209
Viêm bể thận - thận mạn tính 211
Viêm thận cấp tính 213
Viêm thận bán cấp 218
Viêm thận mạn tính 221
Bệnh sỏi thận 223
Cơn đau sỏi thận 230
Viêm bàng quang 232
Bệnh sỏi bàng quang 235
U bàng quang 235
Viêm tuyến tiền liệt, viêm niệu đạo, viêm túi tinh 237
U tuyến tiền liệt 239
Ung thư tuyến tiền liệt 241

https://tieulun.hopto.org

Chương I

CÁC BỆNH TIM MẠCH

MỘT SỐ KHÁI NIỆM

1. Đánh trống ngực

Đánh trống ngực là những nhịp đập của tim mà bệnh nhân cảm thấy được và làm người bệnh khó chịu (Laënnec). Bình thường, hoạt động của tim chỉ được người bệnh cảm thấy do ảnh hưởng của xúc cảm hoặc khi gắng sức.

a) Đánh trống ngực khi gắng sức

Nguyên nhân:

- Suy nhược thần kinh - tuần hoàn: đánh trống ngực xuất hiện khi chỉ gắng sức nhẹ, có kèm theo đau ở vùng tim và khó thở.

- Suy tim: mặc dù gắng sức nhẹ cũng gây đánh trống ngực, nhiều khi rất khó chịu.

b) Đánh trống ngực đều

Nguyên nhân:

- Tim đập nhanh kịch phát: xuất hiện một cách đột ngột, không rõ nguyên nhân.

- Đánh trống ngực thường đi đôi với dấu hiệu đau ở vùng tim.

https://tieulun.hopto.org

- Nhiễm độc nicotin (do hút thuốc lá) và cafein (do uống cà phê).

- Các rối loạn tiêu hoá: gặp trong các trường hợp do nuốt hơi, chứng khó tiêu, u ruột non dạng ung thư.

- Sốt: do tim đập nhanh gây đánh trống ngực.

- Thiếu máu: thường đánh trống ngực xuất hiện khi gắng sức.

- Giảm glucose huyết: thường gặp đánh trống ngực.

- Giảm huyết áp ở thế đứng: đánh trống ngực xuất hiện khi ở tư thế đứng.

- Mãn kinh: đánh trống ngực kèm theo các cơn bốc hoả.

- Uống hoặc tiêm các thuốc: ephedrin, aminophyllin, atropin, cao tuyến giáp và thuốc an thần.

- Các bệnh: Basedow, u tuỷ thượng thận, hở động mạch chủ, chẹn tâm nhĩ - thất hoàn toàn.

c) Đánh trống ngực không đều

Nguyên nhân:

- Chứng ngoại tâm thu.

- Loạn nhịp hoàn toàn.

2. Các biểu hiện ở não

Ngất và thỉu: sự sút giảm hoặc tạm ngừng trong chốc lát tuần hoàn não, thường dẫn đến:

- Khi nhẹ: gây hiện tượng "thỉu" người đi, cơ thể tuy yếu nhưng vẫn còn ít nhiều ý thức. Cơn "thỉu" ít khi là do tai biến từ nguyên nhân tim.

https://tieulun.hopto.org

- Khi nặng: gây hiện tượng "ngất". Người bệnh mất hoàn toàn ý thức. Cơn ngất là hiện tượng thỉu đã nặng, xảy ra đột ngột, ngắn ngủi và có kết hợp với chứng mạch chậm thường xuyên hay không là do hội chứng Adams - Stokes (hội chứng của bệnh tim).

3. Mạch

Người ta bắt mạch ở động mạch quay.

Bắt các động mạch khác có thể giúp ta phát hiện một số bệnh:

- Sờ động mạch đùi ở người trẻ tuổi bị tăng huyết áp để phát hiện bệnh "hẹp eo động mạch chủ".

- Sờ động mạch khoeo, động mạch mu bàn chân và động mạch chầy sau để nghiên cứu bệnh viêm động mạch.

a) Mạch quay

Khi bắt mạch, đặt 3 ngón tay lên động mạch và ép động mạch vào xương, lần lượt chú ý:

- Tần số và nhịp:

+ Xem chứng loạn nhịp.

+ Xem hiện tượng "mạch bị hụt" khi số lần mạch đập ít hơn số lần tim đập.

- Áp lực trong động mạch:

Cách tìm áp lực động mạch như sau: lấy ngón tay trỏ ép động mạch quay để ngăn không cho các nhịp đập từ động mạch trụ qua cung gan tay tới có thể đi qua được. Sau đó dùng ngón

https://tieulun.hopto.org

nhẫn ép cho tới khi ngón tay giữa không còn cảm thấy một cảm giác đập nào nữa. Người ta phân biệt:

+ Mạch cứng: áp lực tâm trương cao.

+ Mạch mềm: áp lực tâm trương thấp.

+ Mạch nhẩy (mạch corrigan): áp lực tâm thu dâng lên nhanh là phải nghĩ tới bệnh hở động mạch chủ, còn ống động mạch.

+ Mạch nhỏ: gặp trong bệnh hẹp động mạch chủ. Đây là bệnh mà ngay cả khi áp lực động mạch vẫn bình thường thì áp lực tâm thu cũng chỉ dâng lên từ từ.

+ Mạch dội đôi: sự xuống thấp của áp lực diễn ra làm 2 thì.

+ Mạch nghịch thường (mạch Kussmaul): các mạch đập yếu đi hoặc biến mất khi hít vào sâu. Dấu hiệu này được nhận định để chỉ rõ bệnh "viêm thắt màng ngoài tim".

- Thành động mạch:

Cách xác định: dùng ngón tay trỏ và ngón nhẫn ép động mạch vào xương để tống hết máu ở đoạn động mạch này ra. Sau đó, dùng ngón tay giữa lăn động mạch này để nhận định về thành mạch, xem động mạch có bị cứng, ngoằn ngoèo hoặc "như xe điếu" hay không.

- Mạch không đều nhau: mạch hai bên có thể khác nhau trong một số bệnh của động mạch chủ (như: phình động mạch chủ, viêm động mạch chủ, hẹp eo động mạch chủ).

https://tieulun.hopto.org

b) Một số kiểu mạch đập đặc biệt

- Mạch so le: mạch bị so le khi mà các đập mạch cứ lần lượt một cái đập khẽ rồi lại đến một cái đập mạnh, nhịp tâm thất trong khi đó vẫn đều (khác với chứng ngoại tâm thu nhịp đôi).

Mạch so le thường chỉ cho biết là có suy tim trái, nhất là nếu tim lại đập chậm. Nó cũng cho biết là có thể do dùng thuốc digitalin.

Trong cơn tim đập nhanh kịch phát, mạch so le không có ý nghĩa gì cả.

- Mạch đôi: mạch gọi là nhịp đôi là mạch cứ sau mỗi cái tim đập bình thường thì lại có một ngoại tâm thu đi theo, cứ thế kế tiếp nhau một cách rất đều đặn. Khi bắt mạch thì thấy có đặc điểm là cứ một nhịp mạch đập mạnh rồi lại đến một nhịp mạch đập khẽ, tiếp theo sau là một thời gian nghỉ bù.

c) Mạch đùi

Sự mất mạch đùi là một dấu hiệu căn bản của bệnh "hẹp eo động mạch chủ". Việc bắt mạch đùi phải là một động tác bắt buộc trong tất cả các trường hợp tăng huyết áp.

4. Áp lực động mạch

Đo áp lực động mạch bằng một huyết áp kế: cẳng tay cần được nâng lên ngang với mức tim, khuỷu tay phải hơi gấp nhẹ và cánh tay không được bị bó chặt bởi tay áo.

Bờ dưới của băng cuốn cách nếp khuỷu tay

https://tieulun.hopto.org

khoảng 2-3cm. Bề rộng băng áp lực chỉ bằng 2/3 chiều dài cánh tay.

a) Áp lực tâm thu: khi bắt đầu nghe thấy các tiếng động mạch một cách điều hoà thì đó là con số áp lực tâm thu.

b) Áp lực tâm trương: thả hơi đến một mức độ áp lực nào đó, các tiếng động mạch mất đi hoàn toàn. Mức độ này là mức độ áp lực tâm trương.

Chú ý:

- Khoảng thiếu tiếng: khi tháo dần hơi ở băng cuốn ra, các tiếng động mạch biến mất rồi sau đó lại tái hiện ở một mức áp lực thấp hơn, cuối cùng thì tiếng đập động mạch mất hẳn. Trong trường hợp này, vì băng cuốn không được bơm căng tới một mức độ cần thiết thì ta sẽ rơi vào sai lầm là đọc con số áp lực tâm thu ở mức dưới.

- Các trị số bình thường: thường nói rằng, áp lực tâm thu bằng con số 100 cộng với số tuổi của người bệnh.

Ở người trẻ:

- Áp lực tâm thu thay đổi từ 90mmHg đến 140mmHg.

- Áp lực tâm trương thay đổi từ 60mmHg đến 90mmHg.

Thường đo áp lực động mạch ở cả hai bên và nếu có sự chênh lệch quá 20mmHg thì cần phải tìm nguyên nhân.

- Áp lực tâm trương:

+ Trường hợp bình thường: áp lực tâm trương

https://tieulun.hopto.org

tăng lên thêm 10mmHg - 20mmHg khi người bệnh đang từ tư thế nằm chuyển sang tư thế đứng.

+ Nếu áp lực tâm trương hạ xuống khi từ tư thế nằm chuyển sang tư thế đứng thì đó là hiện tượng bệnh lý: giảm huyết áp tư thế đứng.

5. Áp lực động mạch đùi

Người bệnh được đặt ở tư thế nằm sấp, băng cuốn được quấn xung quanh đùi.

Nghe tiếng đập động mạch ở hõm khoeo.

Kết quả bình thường: những áp lực đo được ở đây cao hơn các áp lực ở cánh tay 10mmHg.

6. Sự chạm của mỏm tim vào lồng ngực

Sự chạm bình thường của mỏm tim là sự nhô lên của thời kỳ tâm thu, khu trú ở khoảng gian sườn 4 hoặc 5 bên trái, ở gần đường giữa xương đòn.

Nếu nằm nghiêng về phía bên trái, chỗ chạm của mỏm tim thường bị dịch ra phía ngoài từ 2 - 4cm.

Chỗ chạm của mỏm tim vào lồng ngực nhỏ như một cái chấm hoặc vạch theo một đường dài.

Sự chạm của mỏm tim bất thường:

- Sự chạm dội hẳn lên: gặp trong bệnh phì đại tâm thất trái.

- Sự chạm lan rộng: gặp trong hội chứng giãn hoặc phình vách tim.

- Sự chạm toàn khối: làm rung chuyển toàn bộ nửa lồng ngực.

https://tieulun.hopto.org

- Sự chạm hai thì: nhịp ngựa phi trong bệnh suy tim.

- Sự chạm ở đáy tim: có thể sờ thấy sự nhô lên nhịp nhàng của đáy tim ở khoảng gian sườn 2 trái, thường gặp trong bệnh giãn động mạch phổi.

Nếu sờ được những sự nhô lên của đáy tim ở bên phải xương ức thì ta nghĩ đến bệnh phình động mạch chủ.

- Sự chạm ở bên phải: cho phép phát hiện chứng tim di chuyển sang phải.

7. Lưu lượng tim

- Lưu lượng tim là lượng máu mà một trong số hai tâm thất bơm ra trong một phút. Lượng máu này ở hai bên tâm thất bằng nhau.

- Lưu lượng tâm thu: là lượng máu được bơm ra trong mỗi lần tim đập.

Ta có:

Lưu lượng tim = lưu lượng tâm thu x tần số tim

- Chỉ số tim: là lượng máu (tính thành lít) do tim bơm ra trong 1 phút cho $1m^2$ bề mặt da (lít/phút/m^2).

Theo tác giả Cornard, các trị số bình thường là:

Lưu lượng tim: từ 5,5 đến 6,5 lít

Chỉ số tim: từ 3,1 đến 3,8 lít.

Lưu lượng tâm thu: từ 80 đến 90ml.

Lưu lượng tim tăng lên khi gắng sức, nhịp tim nhanh, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, thai nghén, thiếu máu...

https://tieulun.hopto.org

Lưu lượng tim bị giảm trong suy tim, trạng thái shock (sốc), trong nhịp tim nhanh quá 170 lần/phút...

8. Áp lực tĩnh mạch

Lấy chiều cao của tâm nhĩ phải làm tầm chuẩn, để bệnh nhân nằm nghỉ hoàn toàn ít nhất là 15 phút, kê tay vào gối để cho tay ở cùng một độ cao với tâm nhĩ phải.

Chọc vào tĩnh mạch bằng một kim to, rồi nối kim này với một áp kế (kiểu áp kế dùng để đo áp lực nước não tuỷ), áp kế này cũng được đặt ở cùng tầm với tâm nhĩ phải.

Đọc áp lực tĩnh mạch trên áp kế. Bình thường: áp lực tĩnh mạch thay đổi từ 2 - 12cm nước.

Các trường hợp tăng áp lực tĩnh mạch:

- Tăng áp lực tĩnh mạch toàn thân: xảy ra trong các bệnh:

+ Suy tim phải.

+ Tràn dịch màng ngoài tim.

+ Khí thũng phổi.

+ Béo phì.

- Tăng áp lực tĩnh mạch chỉ riêng ở hai chi trên: gặp trong bệnh tĩnh mạch chủ trên bị tắc.

- Tăng áp lực tĩnh mạch chỉ riêng ở hai chi dưới gặp trong các bệnh:

+ Tĩnh mạch chủ dưới bị tắc.

+ Khối u ở bụng.

+ Thai nghén.

https://tieulun.hopto.org

+ Tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

+ Nghẽn các tĩnh mạch đùi hoặc chậu.

9. Tốc độ tuần hoàn

Vì đo tốc độ tuần hoàn phức tạp nên người ta thay nó bằng đo thời gian tuần hoàn.

Thời gian tuần hoàn là thời gian mà máu cần để đi từ một điểm này đến một điểm khác của hệ thống tuần hoàn.

Người ta đo thời gian tuần hoàn bằng cách đưa vào máu tại một nơi nào đó của hệ tuần hoàn một chất ngoại lai rồi đo thời gian cần thiết để cho chất đó đi đến được một điểm khác của hệ tuần hoàn.

Thời gian tuần hoàn càng ngắn nếu tốc độ tuần hoàn trung bình trong đoạn đường mà ta nghiên cứu càng nhanh.

Kết quả bình thường:

- Thời gian cánh tay - lưỡi: trị số trung bình: 10 - 18 giây.

- Thời gian cánh tay - phổi: trị số trung bình: 3 - 8 giây.

NGẤT VÀ THỈU

1. Định nghĩa

Ngất là bị mất ý thức một cách đột ngột và hoàn toàn.

Thỉu là bị mất ý thức một phần (là độ thứ nhất của ngất).

https://tieulun.hopto.org

2. Các loại ngất

a) Ngất thông thường

- Bệnh căn: sợ hãi hoặc xúc động.

- Sinh bệnh học: do tích tụ máu ở trong các mạch máu nội tạng, thiếu máu cục bộ nhất thời ở não và giảm thể tích tâm thu.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Nhức đầu, lo âu, tái nhợt, mất ý thức, lạnh mồ hôi.

+ Khó thở, tim đập nhanh và sau đó tim đập chậm.

+ Huyết áp tâm thu hạ.

+ Người bệnh có thể co giật.

- Điều trị:

+ Đặt bệnh nhân nằm đầu thấp.

+ Cho ngửi tinh dầu thơm.

b) Hội chứng xoang cảnh: ngất tái diễn nhiều lần do tăng tính cảm thụ của xoang cảnh.

- Bệnh căn: xoang cảnh cảm thụ sức ép từ bên ngoài làm tăng áp lực nội động mạch cảnh và khởi phát qua đường phản xạ, gây nên tim đập chậm và giãn mạch.

Ở người cao tuổi, sự ép vào các xoang cảnh còn có thể gây ra tai biến mạch máu não.

- Triệu chứng: một động tác đột ngột mạnh có thể gây ra một cơn ngất. Có ba thể ngất:

+ Thể tim đập chậm.

+ Thể vận mạch: gây nên giảm huyết áp.

https://tieulun.hopto.org

+ Thể não: có xảy ra ngất nhưng không có giảm huyết áp và tim không đập chậm.

- Điều trị:

+ Thể tim đập chậm: dùng atropin 0,4mg - 0,6mg x 3 lần/24h hoặc amphetamin 5 - 10mg/24h.

+ Thể vận mạch: dùng ephedrin 25mg kết hợp với một loại barbituric.

+ Thể não: dùng các loại thuốc điều trị thiểu năng tuần hoàn não, thuốc trợ tim.

c) Ngất do thiếu oxy huyết

Nguyên nhân:

- Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính: ngất xảy ra khi gắng sức hoặc khi dùng thuốc làm suy giảm hô hấp như morphin, barbituric...

- Các bệnh tim bẩm sinh như các bệnh: tam chứng Falot, tứ chứng Falot, hẹp khít lỗ van ba lá...

d) Ngất trong các bệnh van tim

Nguyên nhân:

- Bệnh hẹp động mạch phổi.

- Hẹp lỗ van hai lá.

e) Ngất trong các chứng loạn nhịp tim

Ngất xảy ra trong thời gian tạm dừng tâm thất kéo dài cũng như trong các nhịp tâm thất rất nhanh, vô hiệu và gây ra thiểu năng tuần hoàn não.

Ở người cao tuổi có các tổn thương xơ cứng động mạch não, khi nhịp tim nhanh trên 150 lần/phút thì càng dễ gây ra ngất.

https://tieulun.hopto.org

f) Ngất tim: gặp trong các bệnh

- Nhồi máu cơ tim.
- Tràn dịch màng ngoài tim gây ép tim.
- Hẹp lỗ động mạch chủ.
- Polyp tâm nhĩ trái.

g) Ngất do nguyên nhân não

Thường gặp trong:

- Các bệnh: u não, co thắt mạch máu não, tai biến mạch máu não. Trong các bệnh này, có sự thiếu oxy của mô não với tính chất khu trú. Trong thể khu trú, sự mất ý thức có kèm theo những dấu hiệu thần kinh bất định.
- Bệnh não do tăng huyết áp, bệnh tăng áp lực nội sọ. Trong các bệnh này, có hiện tượng tăng sức kháng ở trong các mạch máu não.

h) Ngất trong chứng giảm huyết áp tư thế đứng: do rối loạn của xoang cảnh và các phản xạ co mạch mà xoang cảnh là nguồn gốc.

Thường gặp ở người suy nhược, lo âu, chóng mặt, hay có hiện tượng đánh trống ngực.

Điều trị: dùng ephedrin, amphetamin.

i) Ngất trong tăng thông khí

Gặp ở người thần kinh bị kích động và lo âu, bị lẫn tâm thần, chóng mặt và đôi khi mất ý thức. Chứng ngất này là do tình trạng nhiễm kiềm hô hấp, thường thứ phát sau đào thải quá mức CO_2 và do những đợt phóng adrenalin do lo âu.

Người bệnh thở nhanh và sâu.

https://tieulun.hopto.org

k) Ngất trong chứng giảm glucose huyết

Glucose và các acid béo biến thành glycogen, chất này tích lại trong gan. Trong trường hợp bình thường, glycogen lại được gan biến thành glucose tuỳ theo nhu cầu của cơ thể mà không có giảm hoặc tăng glucose huyết.

Người ta thấy giảm glucose huyết trong các tổn thương gan cấp tính và nghiêm trọng (như trong bệnh teo gan cấp tính).

Triệu chứng: người bệnh vật vã, lú lẫn tinh thần; trong một số trường hợp, người bệnh đờ đẫn; không có tổn thương thần kinh khi khám xét.

Nguyên nhân giảm glucose huyết có thể do nhiễm khuẩn, nhiễm độc hoặc bệnh của gan.

l) Ngất do nguyên nhân khác

- Nhiễm độc CO_2, nhiễm độc thuốc giãn mạch (như nitrit, histamin).

- Bệnh động kinh, bệnh hysteria ở phụ nữ, cơn ho làm gián đoạn tuần hoàn phổi và gây ra tình trạng thiếu oxy não.

- Chảy máu trong do loét, thiếu máu nặng, tắc động mạch phổi...

ĐAU THẮT NGỰC

Đau thắt ngực đồng nghĩa với bệnh Heberden.

1. Định nghĩa

Chứng đau thắt ngực là một hội chứng đau

https://tieulun.hopto.org

trước tim từng lúc. Nó biểu thị một sự giảm nhất thời (tuyệt đối hay tương đối) mức cung ứng oxy cho cơ tim.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

- Chủ yếu gặp ở nam, tuổi trên 40.
- Gặp ở nam và nữ đã có bệnh tim xác định, bệnh tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường.

3. Nguyên nhân

Do lưu lượng máu trong động mạch vành giảm một cách tuyệt đối hay tương đối so với nhu cầu của cơ tim, hay gặp trong các bệnh:

a) Xơ cứng các động mạch vành: gặp trong 90% trường hợp đau thắt ngực, các nguyên nhân thường gặp là:

- Đái tháo đường.
- Tăng cholesterol huyết.
- Phù niêm mạc.

Các nguyên nhân nêu trên gây thiếu máu cục bộ nhất thời ở một số vùng cơ tim do hậu quả của xơ cứng động mạch vành.

b) Các tật ở động mạch chủ: gặp trong các bệnh

Viêm động mạch chủ và hở lỗ động mạch chủ do bệnh giang mai.

Hẹp lỗ động mạch chủ: có thể kèm đau thắt ngực nặng.

Chú ý: bệnh hở lỗ động mạch chủ do bệnh thấp khớp hiếm khi gây đau thắt ngực.

https://tieulun.hopto.org

c) Các nguyên nhân khác

- Hẹp các động mạch vành ở một mức độ nhất định gây thiếu máu và giảm tỷ lệ oxy trong máu.

- Các chứng tim đập nhanh kịch phát vì giảm lưu lượng tim và gây nên giảm lưu lượng động mạch vành.

- Nhiễm độc nội tiết tố tuyến giáp trạng do tăng nhu cầu của cơ tim về oxy và do tim đập nhanh.

d) Vai trò của co thắt động mạch vành: sự lo lắng của người bệnh gây nên sự co thắt động mạch vành và làm cho chứng đau thắt ngực dễ xuất hiện.

e) Các nguyên nhân ngoại lệ

- Dị tật của các động mạch vành.
- Viêm nút quanh động mạch.
- Tăng hồng cầu.
- Thấp khớp cấp.
- Di truyền.

f) Những yếu tố làm cho cơn đau thắt ngực khởi phát

- Tim làm việc tăng lên: do gắng sức, xúc cảm, lạnh, tăng huyết áp, nhịp tim nhanh kịch phát, tiêm adrenalin.

- Giảm lưu lượng động mạch vành do giảm lưu lượng tim: gặp trong các bệnh giảm huyết áp trong trạng thái shock (sốc), giảm glucose huyết.

- Các bệnh tiêu hoá: gặp trong các bệnh loét dạ dày - tá tràng và bệnh đường ruột.

https://tieulun.hopto.org

Có thể đây là sự tồn tại song song của các bệnh đường tiêu hoá với cơn đau thắt ngực ở người trên 40 tuổi.

4. Triệu chứng lâm sàng

Vì có một hoặc nhiều động mạch vành bị tắc, đồng thời cơ tim bị những vùng hoại tử và xơ hoá nên có các triệu chứng:

a) Cơn đau thắt ngực điển hình

- Vai trò của gắng sức:

+ Gắng sức (như khi đi bộ...) làm cho cơn đau thắt ngực xuất hiện.

+ Ăn quá no, lạnh, xúc cảm, nicotin (trong thuốc lá), giảm glucose huyết cũng gây ra những cơn đau thắt ngực.

- Tính chất của cơn đau: cơn đau thắt ngực biểu hiện bằng một chứng đau ngang ngực, thường ở phía sau xương ức. Chứng đau này được người bệnh cảm thấy như một cảm giác thắt, đôi khi như bị bỏng.

Cơn đau khu trú ở mỏm tim có thể cho ta chẩn đoán, nhưng có thể nhầm với bệnh khác.

- Sự lan toả của đau: đau lan lên vai trái hay lan ra cả hai vai, thường đau dọc theo mặt trong của cánh tay và bàn tay trái hoặc của cả hai cánh tay.

Đau còn có thể lan toả lên cổ hoặc lên hàm.

- Thời hạn của cơn đau:

+ Cơn đau kéo dài tới vài phút.

https://tieulun.hopto.org

+ Nếu cơn đau kéo dài quá nửa giờ thì ta có thể nghĩ tới bệnh nhồi máu cơ tim.

- Tác dụng của nitroglycerin: nitroglycerin có tác dụng tốt, là một yếu tố quan trọng cho chẩn đoán.

- Các dấu hiệu phụ:

+ Dấu hiệu thần kinh thực vật: tái nhợt, vã mồ hôi, buồn nôn, mót tiểu tiện không nhịn được.

+ Cảm giác lo âu, sợ chết.

- Các dấu hiệu âm tính:

+ Không có dấu hiệu khó thở và đánh trống ngực.

+ Huyết áp không thay đổi.

b) Các thể bệnh không điển hình

- Vị trí không điển hình:

+ Đau khu trú ở mỏm tim.

+ Đau thắt ở vai, lưng, cánh tay, cổ tay.

- Các thể bệnh không đau:

+ Người bệnh thấy cảm giác mệt mỏi, khó chịu ở trong ngực.

+ Lo âu khi gắng sức, nấc khi gắng sức, nôn mửa khi gắng sức, ức chế hô hấp khi gắng sức.

- Sự lan toả không điển hình: dấu hiệu đau lan tới vai và cánh tay phải, vùng thượng vị, vùng giữa xương vai.

- Cảm giác đau không điển hình:

+ Người bệnh có cảm tưởng một gánh nặng đè lên vai, có nước chảy trên lồng ngực, lồng ngực bị cào.

+ Các cảm giác đau nhói, đau như dao đâm không thuộc bệnh cảnh đau thắt ngực.

https://tieulun.hopto.org

- Đau thắt ngực có kèm các triệu chứng khác:

+ Đau thắt ngực kèm theo khó thở hoặc ngất: hiếm gặp. Có thể thấy dấu hiệu này trong bệnh "hẹp lỗ động mạch chủ".

+ Đau thắt ngực hậu phát sau nhịp tim nhanh kịch phát nên có kèm theo dấu hiệu "đánh trống ngực".

5. Tiến triển và tiên lượng

Các cách tiến triển:

- Các biểu hiện đau có thể thuyên giảm một cách tự nhiên, mà không có lý do rõ rệt.

- Đôi khi các bệnh suy tim, rung tâm nhĩ, nhồi máu cơ tim làm cho các biểu hiện đau bị mất hẳn.

- Tiên lượng xấu khi các cơn đau gần nhau và xảy ra ngay cả khi đang nghỉ ngơi (đau thắt ngực ở tư thế nằm).

- Người bị chứng đau thắt ngực luôn luôn bị đe dọa chết đột ngột.

6. Chẩn đoán

Chẩn đoán chứng đau thắt ngực dựa vào:

- Tiền sử bệnh.

- Đau ngang sau xương ức, có kèm triệu chứng lo âu, khởi phát do gắng sức, thuyên giảm nhờ nghỉ ngơi cùng tác dụng của thuốc nitrit.

- Sự lan toả đặc trưng của các cơn đau.

- Điện tâm đồ: đoạn ST bị hạ thấp.

https://tieulun.hopto.org

7. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

a) Các bệnh tim

- Nhồi máu cơ tim.

- Đánh trống ngực gây ra cảm giác đau nhói như kim châm trong giây lát ở mỏm tim hay ở vùng cận mỏm tim.

- Khó thở kèm tức ngực (mà không phân biệt được với đau ngực).

- Viêm màng ngoài tim cấp tính.

b) Các bệnh thấp

- Viêm quanh khớp vai - cánh tay: cần lưu ý bệnh này hay gặp ở người bị chứng đau thắt ngực.

- Đau bắt nguồn từ cột sống: dấu hiệu đau không liên quan với gắng sức và kéo dài hơn.

- Viêm khớp sụn - sườn: lấy tay ấn vào chỗ nối sụn - sườn thì bị đau.

- Hội chứng đau của mũi ức: đau sau xương ức ở phía dưới, lan ra vùng thượng vị, sau lưng, lên vai và ra hai cánh tay.

Đau xương ức có thể:

+ Tự phát: như loãng xương.

+ Thứ phát: sau bệnh của cột sống lưng; bệnh của thực quản, của túi mật, của dạ dày.

c) Các bệnh tiêu hoá

- Trướng hơi dạ dày - ruột kết: đau xảy ra sau bữa ăn và giảm khi ợ hơi.

- Thoát vị hoành: đau ở sau xương ức và lan ra hai cánh tay.

https://tieulun.hopto.org

d) Các rối loạn tâm thần - thực thể

- Loạn thần kinh chức năng.

- Suy nhược thần kinh - tuần hoàn: đau ở vùng trước tim, thường khu trú ở mỏm hoặc ở quanh mỏm. Có tính chất đau âm ỉ hoặc đau nhói. Triệu chứng đau thường phối hợp với rối loạn chức phận như: chứng khó tiêu, táo bón, ỉa chảy, đánh trống ngực, chóng mặt, khó thở kiểu thở dài, vã mồ hôi.

8. Điều trị

a) Trong khi đang có cơn

Các nitrit là thuốc tốt nhất đối với cơn đau thắt ngực.

- Nitroglycerin (trinitrin): dùng liều 0,75mg, tác dụng ngay sau 1 - 2 phút và kéo dài tối đa là 1 giờ.

- Amyl nitrit: loại ống có 3 giọt thuốc nước. Bẻ ống thuốc đổ nước thuốc vào một khăn mùi xoa và hít mạnh.

- Tác dụng phụ của các nitrit:

+ Làm tim đập nhanh, nhức đầu, đôi khi ngất.

+ Nếu sử dụng nhiều trong thời gian lâu có thể gây ra methemoglobin huyết.

b) Giữa các cơn

- Chữa căn nguyên: cần chữa các bệnh là nguyên nhân của "đau thắt ngực", như: các bệnh thiếu máu, bệnh van động mạch chủ, bệnh tăng năng tuyến giáp.

- Loại bỏ các yếu tố gây cơn đau:

https://tieulun.hopto.org

+ Người bệnh phải đi chậm chạp, tránh để bị lạnh, tránh các xúc cảm mạnh, ăn những bữa nhỏ.

+ Đối với người mắc bệnh đái tháo đường, phải tránh không để giảm glucose huyết.

- Loại bỏ các yếu tố thuận lợi bằng cách chữa các bệnh như:

+ Nhiễm khuẩn.

+ Bệnh đường mật.

+ Loét dạ dày- tá tràng.

+ Chứng béo phì.

+ Tăng huyết áp.

– Lối sống:

+ Nghỉ ngơi về thể chất và tinh thần.

+ Ăn uống thanh đạm và ít mặn.

+ Hạn chế hút thuốc, tốt nhất là cai thuốc lá.

- Các thuốc giảm đau: dùng các thuốc như gardenan, các bromua, cloral hoặc các thứ thuốc trấn tĩnh (meprobamat, clopromazin, reserpin).

- Điều trị bằng thuốc: không có thuốc làm giãn động mạch vành một cách hiệu nghiệm.

+ Các nitrit có tác dụng lâu dài: tetranitrol, mannitol, hexanitrat.

+ Theophyllin và các dẫn xuất: kết quả điều trị chưa được chắc chắn.

+ Các chất ức chế monoamin oxydase (tersavid, niamid): làm giảm tỷ lệ và cường độ của các cơn và được dùng chủ yếu trong các thể nặng.

Liều lượng:

Tersavid: 100 - 300mg/24h.

https://tieulun.hopto.org

Niamid: 100mg/24h.

Liều duy trì:

Tersavid: 50 - 200mg/24h.

Niamid: 50 - 100mg/24h.

- Các thuốc chống đông: dicoumarol và heparin có tác dụng khi có nhồi máu cơ tim.

NGOẠI TÂM THU

1. Định nghĩa

Ngoại tâm thu là những nhịp co bóp quá sớm của tim hoặc của một phần tim.

Kích thích bắt nguồn từ một điểm nào đó của tâm nhĩ hoặc của tâm thất trước khi xung động bình thường từ xoang tới nơi.

2. Nguyên nhân gây bệnh

- Ở người bình thường: ngoại tâm thu vẫn hay gặp.
- Các thuốc: dương địa hoàng (gây chứng nhịp đôi khi bị ngộ độc), cà phê, chè, nicotin, thuốc gây mê cloroform và xycloropan, calci.
- Các bệnh tim.
- Sự kích thích cơ học: ngoại tâm thu hay xảy ra trong phẫu thuật lồng ngực.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Có cảm giác đánh trống ngực không đều trong đó thời kỳ nghỉ bù được cảm thấy như một sự ngừng tim trong chốc lát, sự co bóp của tim ngay

https://tieulun.hopto.org

sau ngoại tâm thu được cảm thấy như một nhát bóp đập mạnh trong ngực.

- Đau ở mỏm tim hay cạnh mỏm tim, có tính chất đau nhói như kim châm.

- Bắt mạch quay: mạch gián đoạn.

- Nghe tim: nghe thấy một tiếng thứ nhất thêm vào, mà không nghe thấy tiếng thứ hai.

- Trong ngoại tâm thu thất, có thể lâu lâu lại thấy tĩnh mạch cảnh đập mạnh một cái. Hiện tượng này tương ứng với sự co bóp đồng thời của hai tâm nhĩ và của hai tâm thất.

3. Các thể lâm sàng

a) Các ngoại tâm thu lẻ tẻ: thỉnh thoảng lại gặp một nhịp ngoại tâm thu không theo một quy tắc nào nhất định.

b) Ngoại tâm thu tập hợp thành một nhóm

- Chứng nhịp đôi: cứ sau mỗi chu chuyển bình thường lại có một ngoại tâm thu.

Có thể gặp chứng nhịp đôi ở những người lành mạnh, nhưng thông thường thì nó là dấu hiệu của nhiễm độc digitalin.

- Ngoại tâm thu nhịp 3 và nhịp 4: cứ sau 3 hay 4 co bóp tim do xoang điều khiển thì lại có một ngoại tâm thu.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với chứng loạn nhịp hoàn toàn do rung tâm nhĩ.

https://tieulun.hopto.org

Trong rung tâm nhĩ: các quãng tạm dừng lâu, không có một nhịp đập sớm đứng trước của tim. Khi gắng sức thì chứng loạn nhịp tăng lên.

Trong ngoại tâm thu thì khi nhịp tim nhanh lên, các ngoại tâm thu sẽ ít đi.

5. Ý nghĩa lâm sàng

- Ngoại tâm thu tự nó không có tính chất bệnh lý, có thể gặp ở người khoẻ mạnh.

- Ở người mắc bệnh tim, chứng ngoại tâm thu thất cũng bình thường như trên. Cần lưu ý rằng nếu tim đã bị thương tổn mà dùng thuốc digitalin sẽ dẫn đến sự dễ dàng khởi phát các ngoại tâm thu.

- Ngoại tâm thu nhĩ ít gặp, thường báo hiệu chứng rung tâm nhĩ hoặc chứng tim đập nhanh tâm nhĩ.

- Chứng ngoại tâm thu xuất hiện khi gắng sức là dấu hiệu tim đã bị tổn thương.

6. Điều trị

Cần tìm và điều trị nguyên nhân:

- Bỏ hẳn thuốc lá, cà phê, rượu, nước chè.

- Chứng ngoại tâm thu không có bệnh tim: cần làm cho người bệnh yên tâm về tính chất vô hại của nó và cho người bệnh dùng thuốc an thần nhẹ.

Trong trường hợp mất ngủ do chứng ngoại tâm thu: cho dùng các loại thuốc ngủ.

https://tieulun.hopto.org

- Trong chứng ngoại tâm thu phối hợp với suy tim: phải điều trị suy tim.

- Trong chứng ngoại tâm thu do digitalin gây ra: phải ngừng việc sử dụng digitalin, có thể dùng các muối kali.

- Quinidin hoặc procainamid: được chỉ định trong trường hợp ngoại tâm thu mà cách điều trị thông thường không khỏi và trong trường hợp ngoại tâm thu đe dọa chuyển thành chứng tim đập nhanh tâm thất.

GIẢM HUYẾT ÁP

1. Định nghĩa

Giảm huyết áp là khi áp lực động mạch tâm thu chỉ vừa bằng hay dưới 90mmHg. Mặt khác, chứng giảm huyết áp được chẩn đoán khi huyết áp của người bệnh thấp hơn huyết áp thường ngày từ 30mmHg đến 40mmHg.

2. Nguyên nhân

- Giảm huyết áp do thể tạng: huyết áp tâm thu luôn luôn thấp, khoảng 90mmHg -110mmHg mà không có dấu hiệu khó chịu nào.
- Trạng thái sốc (shock).
- Suy tuyến thượng thận.
- Các bệnh gây suy mòn.
- Bệnh nhiễm khuẩn cấp tính và mạn tính.

https://tieulun.hopto.org

3. Triệu chứng

Giảm huyết áp không có biểu hiện trên lâm sàng học, trừ trường hợp bị trạng thái sốc.

4. Điều trị

- Giảm huyết áp do thể tạng không cần phải điều trị.
- Các thể giảm huyết áp khác: cần chữa nguyên nhân.

GIẢM HUYẾT ÁP TƯ THẾ ĐỨNG

1. Định nghĩa

Giảm huyết áp tư thế đứng là "giảm huyết áp khi đang từ tư thế nằm chuyển sang tư thế đứng, có kèm theo thỉu và đôi khi cả ngất".

2. Triệu chứng và các thể lâm sàng

a) Thể nhất thời: gặp ở người bình thường khi ở trên giường bước chân xuống đất hoặc sau khi gắng sức rất mạnh.

b) Thể thường xuyên

- Vô căn: gặp chủ yếu ở người dài khổ (người cao) và thường có kèm theo suy nhược, đánh trống ngực, lo âu, đôi khi cả ngất nữa.
- Thứ phát: có thể gặp trong:

+ Bệnh gây suy mòn nặng.
+ Bệnh thiếu máu.

https://tieulun.hopto.org

+ Một số bệnh thần kinh như: bệnh thần kinh do đái tháo đường, bệnh rỗng hành não...

+ Chứng giãn tĩnh mạch.

+ U bụng.

+ Bệnh Addison.

- Thể có kèm liệt dương và chứng thiểu mồ hôi:

+ Gặp ở nam quá 40 tuổi.

+ Không thấy có chứng tim đập nhanh tư thế đứng.

3. Điều trị

- Trong các thể thứ phát: chữa các bệnh nguyên nhân.

- Trong các thể vô căn: dùng thuốc giao cảm như ephedrin, amphetamin.

- Nếu giảm huyết áp tư thế đứng phối hợp với chứng "sổ bụng": đeo thắt lưng nịt bụng để giữ cho các phủ tạng không bị xê dịch.

- Nếu người bệnh đang dùng thuốc giảm huyết áp và thuốc an thần thì phải ngừng ngay các thuốc này.

HẸP LỖ VAN HAI LÁ (MITRAL)

1. Định nghĩa

Sự hư biến bệnh lý của lỗ van hai lá làm cản trở sự lưu thông của máu từ tâm nhĩ trái xuống tâm thất trái.

https://tieulun.hopto.org

2. Nguyên nhân

- Viêm màng trong tim do thấp khớp.
- Bẩm sinh: hiếm gặp.

3. Triệu chứng lâm sàng

Tiền sử: không tìm thấy trong tiền sử bệnh này có bệnh thấp khớp cấp trong 1/3 số trường hợp.

a) Khởi đầu

- Bệnh khởi đầu thường không có triệu chứng hoặc bắt đầu bằng dấu hiệu khó thở.
- Có thể biểu hiện đột ngột bằng cơn phù phổi cấp, khái huyết (ho ra máu) hoặc tai biến tắc động mạch.

b) Giai đoạn sung huyết phổi

- Khó thở khi gắng sức, có khi kèm theo khó thở nằm, ho và ho ra máu.
- Các cơn khó thở kịch phát về đêm, chứng hen tim, các cơn phù phổi cấp tính nhẹ hoặc nặng là những biến chứng thường gặp ở phụ nữ. Phù phổi thường gặp trong thời kỳ hành kinh hoặc trước kinh nguyệt.
- Đánh trống ngực, đau trước tim.
- Khàn tiếng do liệt dây thần kinh quặt ngược (gọi là hội chứng Ortner) và khó nuốt: ít gặp.
- Dấu hiệu xanh tím nhẹ và kín đáo.

c) Giai đoạn suy tim phải: đi theo sau sung huyết phổi.

Khi đỡ khó thở thì thường xuất hiện phù ngoại

https://tieulun.hopto.org

vi; dần dần phù tăng lên, gan to ra, có rối loạn tiêu hoá.

4. Biến chứng

a) Biến chứng tim

- Quá trình viêm thấp khớp tái phát của bệnh có thể lan rộng tới van động mạch chủ và van ba lá, gây hậu quả giãn phình to tâm nhĩ trái.

- Có khả năng gây viêm màng trong tim bán cấp.

b) Biến chứng tắc động mạch

Hẹp lỗ van hai lá và giãn to tâm nhĩ trái là dấu hiệu thuận lợi cho việc hình thành các cục máu đông. Các cục máu này sẽ đi vào trong cây động mạch:

- Tắc mạch não gây ra:

+ Chứng liệt nửa người, có thể gây biến chứng mất ngôn ngữ.

+ Liệt trội nhất là ở mặt và cánh tay.

- Các biểu hiện tắc mạch khác: ở thận và lách, động mạch tứ chi, động mạch trung tâm võng mạc.

c) Biến chứng phổi

- Nhồi máu phổi: gặp ở người bệnh hẹp lỗ van hai lá đang bị suy tim, thường có các dấu hiệu:

+ Điểm đau ngực.

+ Ho và khái huyết (ho ra máu).

Khám: một vùng nhỏ ở phổi có tiếng gõ đục kèm theo tiếng thổi và tiếng ran nổ.

https://tieulun.hopto.org

- Các bệnh nhiễm trùng cấp tính ở phế quản - phổi.

- Phù phổi cấp tính: có dấu hiệu khó thở, ho và ho ra máu.

- Viêm động mạch phổi: có dấu hiệu xanh tím do mạch bị bịt kín.

d) Tai biến tim sản: thai nghén làm cho bệnh nặng thêm lên.

e) Các bệnh van tim khác kết hợp.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản.
- Các bệnh phổi: giãn phế quản, lao phổi.
- Bệnh Basedow với các dấu hiệu:

+ Tuyến giáp trạng to.

+ Gầy sút.

+ Tim đập nhanh và đánh trống ngực, có biểu hiện rung nhĩ.

- Bệnh ống động mạch: có tiếng rung tâm trương như trong bệnh hẹp lỗ van hai lá.

6. Tiên lượng

Tiên lượng bệnh tuỳ thuộc vào mức độ hẹp lỗ van nhiều hay ít.

7. Điều trị

Cách điều trị tốt nhất là thủ thuật cắt mép van tim.

https://tieulun.hopto.org

HỞ VAN HAI LÁ

1. Nguyên nhân

- Bệnh gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới.

- Ở nữ giới bệnh hay gặp ở người trẻ, gầy, ốm yếu và thường không có triệu chứng.

- Về nguyên nhân có thể kể ra:

+ Suy tim do thấp tim.

+ Viêm màng trong tim nhiễm khuẩn.

+ Xơ hóa cơ tim thứ phát sau thiếu máu cục bộ động mạch vành.

+ Phình mạch thất hoặc nhồi máu cơ tim.

+ Chít hẹp dưới động mạch chủ phì đại vô căn.

+ Ngoài ra còn có sự góp mặt của yếu tố bẩm sinh.

- Về sinh bệnh học, có hai hiện tượng cần lưu ý:

+ Khi van hai lá bị hở mãn tính, một lượng máu từ thất trái chuyển hướng trào ngược lại qua lỗ hở van về nhĩ trái, máu ngược dòng làm cho cả nhĩ trái và thất trái giãn và phì đại.

+ Do thất trái, nhĩ trái phì đại và tăng áp lực, áp lực mao mạch và tĩnh mạch phổi cũng tăng cao, rốt cuộc gây ra suy tim phải.

2. Triệu chứng

- Hở van hai lá làm giảm cung lượng tim và mệt mỏi ốm yếu là những biểu hiện nổi bật. Một số bệnh nhân đánh trống ngực (do rung nhĩ) hoặc khó thở kịch phát ban đêm.

https://tieulun.hopto.org

- Hở van hai lá nặng dẫn tới suy tim phải với biểu hiện: ứ huyết gan, đau vùng gan, phù, cổ trướng giãn tĩnh mạch cổ, buồn nôn, khó thở.

- Trong hở van hai lá cấp hậu quả sung huyết phổi, phù phổi thường xảy ra với biểu hiện khó thở gắng sức, có điểm đau ở ngực, ho và ho ra máu, nghe phổi có ran ẩm và ran nổ.

- Tim to ra, mỏm tim xê dịch sang trái, nghe tim thấy có tiếng thổi tâm thu mạnh và tiếng tim thứ 3.

3. Chẩn đoán

- Căn cứ vào sự hiện diện các triệu chứng lâm sàng nhất là tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim lan lên nách.

- X quang ngực, điện tâm đồ, siêu âm đều chứng tỏ phì đại thất trái và nhĩ trái.

- Chẩn đoán quyết định được làm bởi thông tim hoặc chụp mạch thất trái. Nó cho phép đánh giá chức năng thất trái và mức độ hở van hai lá.

4. Điều trị: phẫu thuật.

HỞ LỖ VAN BA LÁ

1. Nguyên nhân

- Bệnh thấp khớp: hở lỗ van ba lá bao giờ cũng kết hợp với hẹp lỗ van hai lá.

https://tieulun.hopto.org

- U dạng ung thư ruột non.
- Bẩm sinh do dị tật ở van.
- Hở lỗ van ba lá chức năng: gặp ở những bệnh tim có giãn tim phải.

2. Triệu chứng lâm sàng

a) Dấu hiệu chức năng

- Khó thở khi gắng sức, nhiều khi khó thở gắng sức không kèm theo khó thở kịch phát và khó thở khi nằm.
- Đau gan khi gắng sức.

b) Dấu hiệu tĩnh mạch căng phồng

- Phù.
- Dấu hiệu nước màng bụng.
- Tĩnh mạch cổ nổi.
- Gan to, đôi khi có mạch gan tâm thu.

3. Chẩn đoán

Hở lỗ van ba lá cần được chẩn đoán phân biệt với viêm thắt màng ngoài tim.

4. Điều trị: Phẫu thuật.

HẸP LỖ VAN BA LÁ

1. Nguyên nhân

Hẹp lỗ van ba lá là bệnh van tim khá phổ biến. Bệnh gặp ở phụ nữ nhiều hơn 4 tới 5 lần so

https://tieulun.hopto.org

với nam giới. Tổn thương van ba lá kiểu này ít khi đơn độc, thường đồng diễn hẹp hai lá, hẹp van động mạch phổi nhưng không kết hợp với hở van hai lá.

Thấp tim là nguyên nhân hay gặp của bệnh hẹp van ba lá.

2. Sinh bệnh học

Sự kết dính tại các tiếp điểm lá van, co rút và dính các sợi gân chằng làm cho lỗ van ba lá hẹp lại, máu bị chặn và dồn lại ở tim. Áp lực hệ thống tăng cao do hậu quả của sự tắc nghẽn đồng thời có giảm lượng máu bơm ra từ thất phải.

3. Triệu chứng

- Các triệu chứng của suy tim phải ở bệnh nhân có hẹp van ba lá gồm: chứng gan to và giãn tĩnh mạch cảnh như xơ gan do tim, dẫn tới hoàng đản.

- Việc giảm thể tích máu của thất phải sẽ làm giảm lượng máu qua phổi về tim trái rồi từ tim trái đi nuôi cơ thể. Hậu quả là người bệnh mệt mỏi, sụt cân, hạ huyết áp.

4. Điều trị

- Khó thở: nghỉ ngơi
- Khó thở nặng: thở oxy
- Điều trị triệt để bằng phẫu thuật.

https://tieulun.hopto.org

VIÊM CƠ TIM DO BỆNH THẤP KHỚP CẤP

Bệnh viêm cơ tim do bệnh thấp khớp cấp tính còn gọi là bệnh thấp tim.

1. Định nghĩa

Tất cả mọi định vị viêm ở tim (viêm màng trong tim, viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim...) gặp trong quá trình bệnh thấp khớp cấp và di chứng của các định vị này được gọi là viêm cơ tim do bệnh thấp khớp cấp.

2. Điều kiện xuất hiện

Gần như toàn bộ các bệnh tim của trẻ em và của thanh thiếu niên là do thấp.

3. Nguyên nhân

Thấp khớp tim chỉ là một biến chứng của thấp khớp cấp.

4. Triệu chứng lâm sàng

a) Thể cấp tính: xảy ra trong quá trình một cơn thấp khớp cấp với các triệu chứng:

- Đau khớp: dấu hiệu đau có tính chất di chuyển tới các khớp khác nhau.
- Tim đập nhanh.
- Đau trước tim, mỏm tim đập lệch sang phía bên trái.
- Nghe tim: có tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim.

https://tieulun.hopto.org

- Có dấu hiệu loạn nhịp tim. Ở thể nặng bệnh có dấu hiệu của rung tâm nhĩ.

- Dấu hiệu suy tim: khó thở, nhịp ngựa phi khi nghe tim, ứ máu ở các tĩnh mạch, gan to, đôi khi có dấu hiệu phù.

b) Thể bán cấp

- Thấp tim tiến triển là giai đoạn tiếp theo của thể cấp tính.

- Thể mạn tính: có thương tổn van tim vĩnh viễn của bệnh thấp tim.

5. Tiên lượng

Bệnh van tim do thấp khớp cấp có thể gây biến chứng viêm màng trong tim bán cấp Osler với tỷ lệ khoảng 2-5%.

6. Điều trị

- Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường.

- Thuốc điều trị:

+ Kháng sinh liều cao.

+ Phenylbutazon với liều lượng 8 - 12mg/kg thể trọng. Khi dùng thuốc này phải theo dõi công thức máu và trọng lượng cơ thể vì thuốc gây ra hiện tượng giữ nước trong cơ thể. Trong trường hợp cần thiết, sử dụng chế độ ăn nhạt cho người bệnh.

+ Các salicylat: loại thuốc này không ngăn chặn được sự tiến triển của tổn thương tim.

+ Cortison và ACTH: có tác dụng tốt trong điều trị các thể thấp tim cấp tính. Cần kết hợp

https://tieulun.hopto.org

với chế độ ăn nhạt. Nếu người bệnh có dấu hiệu giữ nước hoặc sung huyết phổi thì cho thêm các thứ thuốc lợi niệu.

+ Không dùng digitalin.

XƠ CỨNG ĐỘNG MẠCH CHỦ

Trong bệnh xơ cứng động mạch chủ có thương tổn thoái hoá và sự phá huỷ các sợi đàn hồi nên động mạch chủ giãn rộng, cứng và ngoằn ngoèo.

1. Triệu chứng lâm sàng

- Tăng huyết áp tối đa, nhưng huyết áp tối thiểu bị hạ thấp hoặc không thay đổi do động mạch chủ bị cứng đờ.
- Có khi nghe tim thấy tiếng thổi tâm thu.

2. Biến chứng

a) Phình động mạch: hay gặp phình động mạch chủ bụng, có thể gây vỡ phình động mạch chủ bụng vào khoang sau màng bụng.

b) Nghẽn mạch: xảy ra trong trường hợp

- Có mảng vữa ở động mạch hoặc ở chỗ có vết loét vữa động mạch.
- Có vật tắc mạch.

Các triệu chứng của nghẽn mạch:

- Hai chi dưới bị xám ngắt.
- Teo cơ và đau hai chi dưới.
- Khập khiễng cách hồi của bắp chân.

https://tieulun.hopto.org

- Hai chi dưới không còn giao động.
- Có rối loạn dinh dưỡng hai chi dưới.

c) Hở lỗ động mạch chủ: hiếm gặp.

3. Điều trị

- Phình động mạch chủ:

+ Điều trị triệu chứng khó thở và đau dữ dội, nằm nghỉ trên giường.

+ Điều trị phẫu thuật.

- Nghẽn mạch: phẫu thuật

XƠ CỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH

1. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh xảy ra chủ yếu ở nam giới và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong cho đàn ông độ tuổi từ 35 - 44, rồi tiếp tục tăng theo tuổi và gây ra khoảng 40% số ca tử vong của đàn ông độ tuổi từ 55 - 64 tuổi.

Ở nữ giới, bệnh này được gặp chủ yếu ở tuổi từ 60 - 70.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh xơ cứng động mạch vành có thể hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng.

- Bệnh có thể biểu hiện bằng một trong các dấu hiệu sau:

+ Chứng đau thắt ngực: do thiếu máu cục bộ nhất thời ở một số vùng cơ tim (xem bài: đau thắt ngực).

https://tieulun.hopto.org

+ Nhồi máu cơ tim: do thiếu máu cục bộ kéo dài và hoại tử một số vùng cơ tim.

+ Suy tim loạn nhịp: xơ hoá cơ tim và xơ hoá hệ thống dẫn truyền.

+ Phồng tim: vùng sẹo hóa ở tâm thất trái do hậu quả của hủy hoại cơ tim từ ổ nhồi máu cũ từ chỗ phồng này có thể gây vỡ tim và chết đột ngột.

3. Phát hiện:

- Xét nghiệm: cholesterol máu tăng, cholesterol tỷ trọng thấp tăng, cholesterol tỷ trọng cao hạ.

- Siêu âm với hiệu ứng Doppler.

- Điện tâm đồ với nghiệm pháp gắng sức để phát hiện sớm xơ vữa mạch vành ngay trước khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng.

4. Phòng và chữa:

- Chế độ ăn hạn chế mỡ động vật.

- Zocor (sumvastatine) vừa điều trị tăng mỡ máu vừa điều trị bệnh mạch vành.

- Điều trị ngoại khoa khi mảng xơ vữa làm hẹp, tắc động mạch vành.

NHỒI MÁU CƠ TIM

1. Định nghĩa

Nhồi máu cơ tim là chứng hoại tử do thiếu máu cục bộ ở một phần cơ tim, thông thường nhất là do một động mạch vành bị tắc gây nên.

https://tieulun.hopto.org

2. Nguyên nhân

- Chứng nghẽn động mạch vành: động mạch vành bị tắc do nghẽn mạch và gây nên nhồi máu cơ tim.

- Nguyên nhân ít gặp: tắc động mạch vành do bệnh phẩm từ các bệnh:

+ Viêm động mạch vành.

+ Tắc mạch khí, tắc mạch mỡ.

+ Chấn thương và dị tật của động mạch vành.

- Các yếu tố thuận lợi: đó là các bệnh có tác dụng làm cho chứng xơ cứng động mạch dễ xuất hiện như:

+ Bệnh đái tháo đường.

+ Bệnh tăng huyết áp.

+ Bệnh tăng hồng cầu.

+ Bệnh loét dạ dày - tá tràng và bệnh đường mật.

- Các yếu tố khởi động bệnh:

+ Gắng sức bất thường, xúc động mạnh.

+ Chấn thương lồng ngực, trạng thái sốc.

+ Tim đập nhanh kịch phát, chảy máu nặng.

+ Sự lạm dụng thuốc lá.

+ Những nghề tĩnh tại và luôn luôn làm cho thần kinh căng thẳng.

3. Triệu chứng lâm sàng

a) Các dấu hiệu báo trước: có thể gặp triệu chứng báo trước như:

- Đau mơ hồ ở vùng trước tim.

- Các cơn đau thắt ngực dồn dập.

https://tieulun.hopto.org

- Cảm giác lo âu.

b) Các dấu hiệu chức năng

- Đau: có tính chất của đau thắt ngực kéo dài. Chứng đau này không đỡ khi dùng các nitrit.

- Các dấu hiệu phụ:

+ Lo lắng và vật vã.

+ Nôn và nấc.

+ Có trạng thái sốc: da xám ngắt, tứ chi lạnh toát, vã mồ hôi.

+ Có dấu hiệu phù phổi cấp tính nếu người bệnh bị suy tim trái.

- Các dấu hiệu thực thể:

+ Sốt khoảng 38 - $38^{0}5$ trong khoảng 10 ngày đầu tiên.

+ Mạch nhanh, có thể loạn nhịp.

+ Tiếng tim xa xăm, có thể thấy tiếng thổi tâm thu chức năng ở mỏm tim (do hở lỗ van hai lá chức năng).

+ Áp lực động mạch: huyết áp có thể tăng trong những phút đầu, nhưng nhanh chóng giảm tới mức thấp nhất sau vài giờ.

+ Trạng thái sốc có thể xuất hiện trong khi áp lực động mạch tưởng như bình thường ở những người có bệnh tăng huyết áp.

4. Các thể lâm sàng

- Thể nhẹ: triệu chứng đau có thể rất nhẹ, đặc biệt ở người cao tuổi.

- Thể cấp tính: có thể tử vong sớm.

https://tieulun.hopto.org

- Thể bệnh kèm theo sốc với các triệu chứng:

+ Giảm huyết áp.

+ Xanh tím.

+ Xám các đầu chi và vã mồ hôi.

- Thể bệnh kèm theo rối loạn não: có tình trạng thiếu oxy não do lưu lượng tim giảm sút đột ngột. Các dấu hiệu thường gặp là:

+ Rối loạn tâm thần.

+ Co giật, có thể hôn mê.

+ Liệt nửa người.

- Thể lâm sàng kèm suy tâm thất phải cấp tính:

+ Phù ngoại vi.

+ Gan to.

+ Ứ máu tĩnh mạch.

- Thể lâm sàng kèm suy tâm thất trái cấp tính:

+ Khó thở kịch phát.

+ Có thể có dấu hiệu phù phổi cấp tính.

- Thể lâm sàng kèm hội chứng bụng cấp tính:

+ Đau bụng.

+ Bụng cứng như gỗ: ít gặp.

5. Biến chứng

a) Nghẽn mạch và tắc mạch

- Vật gây tắc mạch xuất phát từ tim trái thì đến động mạch não, động mạch thận hoặc động mạch chi dưới. Vật gây tắc mạch xuất phát từ tim phải thì đi tới động mạch phổi.

- Các vật gây tắc mạch bắt nguồn từ một chỗ nghẽn mạch từ hai chi dưới hoặc từ một cục nghẽn mạch ở màng trong tim.

https://tieulun.hopto.org

b) Loạn nhịp tim và rối loạn dẫn truyền: hay gặp nhất là chứng tim đập nhanh, thường xuất hiện vào những ngày đầu.

c) Suy tim: suy tim có thể xảy ra sớm (biểu hiện trên lâm sàng dấu hiệu của phù phổi cấp tính) hoặc sau trạng thái sốc.

d) Đau thắt ngực: cơn đau thắt ngực có thể xuất hiện khi người bệnh hoạt động trở lại.

e) Loạn dưỡng phản xạ ở hai chi trên

- Viêm quanh khớp vai - cánh tay trái hoặc phải:
- Rối loạn mạch và dinh dưỡng ở cánh tay và bàn tay.

6. Chẩn đoán

a) Chẩn đoán xác định: dựa trên các dấu hiệu:

- Đau trước tim kéo dài theo kiểu cơn đau thắt ngực và không chịu tác dụng của thuốc nitrit.
- Huyết áp hạ thấp.
- Sốt, tăng bạch cầu trong máu, có glucose trong nước tiểu.

b) Chẩn đoán phân biệt

- Cơn đau thắt ngực thường: có thời gian đau ngắn hơn và huyết áp động mạch không giảm.
- Viêm màng ngoài tim cấp tính.
- Bệnh đường tiêu hoá như: loét dạ dày - tá tràng, viêm tụy cấp tính, cơn đau bụng gan (trong trường hợp bệnh nhồi máu cơ tim có triệu chứng đau bụng, nôn, sốt, tăng bạch cầu trong máu).
- Bệnh đường hô hấp như:

https://tieulun.hopto.org

+ Tắc động mạch phổi: khó phân biệt với bệnh nhồi máu cơ tim.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tràn dịch màng phổi.

7. Tiến triển

Bệnh có thể khỏi và để lại di chứng, tuy nhiên, bệnh thường hay tái phát.

Bệnh tiến triển nặng khi có các dấu hiệu: huyết áp hạ nhiều, tim đập rất nhanh, suy tim cấp tính, sốt cao, đau dữ dội và kéo dài.

8. Điều trị

a) Điều trị trong giai đoạn cấp tính

- Nằm nghỉ tuyệt đối trên giường.

- Thuốc giảm đau: morphin 0,01 - 0,02g.

- Thở oxy: được chỉ định trong trường hợp sốc, khó thở và suy tim.

- Điều trị sốc: dùng ephedrin 5 - 15mg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch; angiotensin (hypertensin) với liều lượng 100 - 500γ tiêm dưới da vào khu vực thân thể (không tiêm thuốc này vào tứ chi vì bộ phận này được tưới máu kém trong trường hợp sốc).

- Dùng thuốc chống đông: phải thận trọng khi sử dụng thuốc này.

b) Điều trị trong giai đoạn mạn tính

- Các thuốc an thần.

- Chế độ ăn lỏng, bỏ thuốc lá, trong trường hợp suy tim thì cho chế độ ăn không có muối.

https://tieulun.hopto.org

- Tránh táo bón: dùng thuốc nhuận tràng, chế độ ăn có nhiều rau và quả.

- Thuốc chống đông: có thể làm giảm được các lần tái phát của bệnh.

- Nghỉ ngơi, vận động và xoa bóp nhẹ hai chi dưới.

- Hoạt động trở lại: từ từ và tăng dần, tránh gắng sức quá nhiều.

SUY TIM

1. Định nghĩa

Suy tim là một hội chứng được nhận thấy khi cơ tim không còn khả năng đảm bảo một lưu lượng tim đủ để đáp ứng các nhu cầu của cơ thể.

Suy tim thường đi đôi với một lưu lượng tim giảm sút.

2. Nguyên nhân

a) Nguyên nhân tại tim

- Các bệnh tim giảm lưu lượng: các bệnh làm giảm lưu lượng tim thường gặp là:

+ Các thương tổn thoái hoá của cơ tim.
+ Bệnh tăng huyết áp.
+ Các dị tật của van tim.
+ Viêm cơ tim do thấp khớp.

- Các bệnh tim làm tăng lưu lượng tim: do một số bệnh tim bẩm sinh như bệnh thông liên nhĩ, bệnh thông liên thất.

https://tieulun.hopto.org

- Bệnh tràn dịch màng ngoài tim và bệnh viêm màng ngoài tim co thắt.

- Loạn nhịp tim.

b) Nguyên nhân ngoài tim: thường gặp trong các bệnh:

- Tăng năng tuyến giáp.
- Bệnh thiếu máu nặng.
- Bệnh xơ gan.
- Bệnh tê phù.
- Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính.

c) Các nguyên nhân khác

- Gắng sức.
- Tim đập nhanh.
- Các bệnh nhiễm khuẩn.
- Thai nghén, vòng kinh.
- Nhồi máu phổi.
- Chế độ ăn uống: bữa ăn quá no và chứa nhiều muối, chứng béo phì.
- Thời tiết nóng: trong mùa hè, tim bị mất bù.
- Tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch số lượng lớn, tốc độ nhanh.
- Triệu chứng ho làm rối loạn tuần hoàn trong phổi.
- Dùng cortison hoặc ACTH liều cao để chữa bệnh: có tác dụng giữ natri trong cơ thể.

3. Suy tim phải mạn tính

3.1. Định nghĩa

Suy tim phải mạn tính là hội chứng mạn tính

https://tieulun.hopto.org

gây ra do sự bất lực của tim phải mà đặc điểm chủ yếu là sung huyết tĩnh mạch toàn thể (gan to, phù ngoại vi).

3.2. Nguyên nhân

- Suy tim trái: suy tim trái gây biến chứng suy tim phải hậu phát sau tăng áp lực ở động mạch phổi.

- Bệnh tim do phổi mạn tính: bệnh phổi mạn tính làm tăng sức kháng trong tiểu tuần hoàn và gây giãn tâm thất phải.

- Bệnh tim bẩm sinh: bệnh thông liên nhĩ, bệnh thông liên thất cao, bệnh tim bẩm sinh có kèm hẹp lỗ động mạch phổi.

- Bệnh viêm cơ tim do thấp khớp.

- Bệnh thiếu máu nặng, bệnh cường tuyến giáp nghiêm trọng, bệnh tê phù.

- Viêm thắt màng ngoài tim.

- Tim đập nhanh kéo dài.

3.3. Triệu chứng lâm sàng

a) Dấu hiệu chức năng

- Đau gan: đau ở vùng hạ sườn phải do gan to.

- Rối loạn dạ dày - ruột: chán ăn, buồn nôn, tiêu chảy, có cảm giác trướng bụng.

- Tiểu tiện nhiều về đêm: là dấu hiệu sớm và dẫn đến chứng tiểu tiện ít.

- Khó thở.

- Rối loạn kinh nguyệt ở phụ nữ.

- Rối loạn tâm thần: mất ngủ, mất trí nhớ, mê sảng.

https://tieulun.hopto.org

b) Dấu hiệu thực thể

- Người bệnh xanh tím, các tĩnh mạch cổ nổi.
- Gan to và đau.
- Phù, có thể thấy tràn dịch ở ổ màng bụng và khoang màng phổi.
- Có dấu hiệu đập rất mạnh ở vùng thượng vị (dấu hiệu tim đập mạnh), tim đập nhanh và có chứng rung tâm nhĩ.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Viêm thắt màng ngoài tim.
- Khí thũng phổi.
- Xơ gan.
- Rối loạn về mạch ngoại vi: bệnh giãn tĩnh mạch gây nên chứng phù cẳng chân.
- Chứng béo phì: có áp lực tĩnh mạch cao và phù nhẹ ở cẳng chân.

4. Suy tim trái cấp tính

4.1. Định nghĩa

Suy tim trái cấp tính là hội chứng cấp tính xảy ra ở những người mắc bệnh tim trái mà đặc điểm chủ yếu là chứng khó thở kịch phát.

4.2. Nguyên nhân

- Suy tâm thất trái: gặp ở các bệnh:

+ Tăng huyết áp.
+ Bệnh động mạch chủ.
+ Các thương tổn thoái hoá của tâm thất trái:

https://tieulun.hopto.org

gặp trong bệnh nhồi máu cơ tim, bệnh xơ cứng động mạch vành.

- Suy tâm nhĩ trái: bệnh hẹp lỗ van hai lá.

4.3. Triệu chứng

Triệu chứng thay đổi tuỳ theo thể bệnh.

- Thể nhẹ:

+ Khó thở về đêm, trong chốc lát.

+ Ho.

+ Có cảm giác lo âu.

- Thể hen tim: thể này có tính chất kinh điển của chứng suy tâm thất trái cấp tính.

- Thể phù phổi cấp: là biểu hiện nặng nhất của suy tim trái cấp tính.

4.4. Tiến triển

- Tiến triển của bệnh phụ thuộc vào nguyên nhân.

- Các giai đoạn cấp tính nhẹ dần đi khi suy tim phải đã hình thành.

4.5. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: dựa vào những cơn khó thở kịch phát xảy ra ở người mắc một bệnh tim trái (hay là hẹp lỗ van hai lá).

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Hen phế quản.

+ Phù phổi do nguyên nhân nhiễm khuẩn: gặp ở người cao tuổi bị viêm phổi hay viêm phế quản - phổi (người bệnh sốt cao).

4.6. Điều trị

- Uống digitalin hoặc tiêm tĩnh mạch ouabain.

https://tieulun.hopto.org

- Tiêm morphin 0,01 - 0,02g. Cần thận trọng khi sử dụng morphin đối với người già, người mắc bệnh gan và bệnh viêm thận mạn tính.

- Dùng aminophyllin để điều trị co thắt phế quản trong bệnh suy tim trái cấp tính.

- Trích máu 300 - 500ml trong các trường hợp nặng.

- Thở oxy.

- Dùng thuốc lợi niệu.

- Chế độ ăn không có muối.

5. Suy tim trái mạn tính

5.1. Nguyên nhân

- Tăng huyết áp động mạch không rõ nguyên nhân hoặc do nguyên nhân ở thận.

- Thương tổn thoái hoá của cơ tim: gặp trong bệnh nhồi máu cơ tim hoặc xơ cứng động mạch vành.

- Các tật của van tim: gặp trong các bệnh hẹp eo động mạch chủ, hở động mạch chủ do thấp khớp, hở và hẹp lỗ van hai lá, viêm màng ngoài tim co thắt lan sang tim trái.

5.2. Triệu chứng lâm sàng

a) Dấu hiệu chức năng

- Cơ thể yếu và chóng mệt mỏi.

- Khó thở: khó thở khi gắng sức. Trong thể bệnh nặng có khó thở khi nằm.

- Ho.

- Ho ra máu: do hẹp lỗ van hai lá hoặc do nhồi máu phổi.

https://tieulun.hopto.org

b) Dấu hiệu thực thể

- Da xanh tím.
- Tâm thất trái to: sờ lồng ngực thấy sự chạm dội của mỏm tim vào lòng bàn tay và mỏm tim bị xê dịch xuống dưới về phía bên trái.
- Mạch so le: có sự luân phiên một nhịp đập mạnh rồi đến một nhịp đập yếu.
- Tim đập nhanh và tiếng thứ hai mạnh, đôi khi có tiếng ngựa phi.
- Nghe phổi có ran ẩm ở hai đáy, đó là ran ứ đọng.

5.3. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào các dấu hiệu:

- Khó thở gắng sức hoặc khó thở nằm.
- Có ran ứ đọng ở phổi.
- Khoang tim trái to.

5.4. Điều trị: dùng các thuốc:

- Spartein.
- Digitalin.
- Strophantin (Ouabain)
- Thuốc lợi niệu.

6. Suy tim toàn bộ

6.1. Suy tim toàn bộ cấp tính

Suy tim toàn bộ cấp tính gặp trong các bệnh:

- Viêm cơ tim do thấp khớp.
- Viêm thận.
- Nhiễm độc do nội tiết tố tuyến giáp trạng.

https://tieulun.hopto.org

6.2. Suy tim toàn bộ mạn tính

Hội chứng này bắt đầu bằng chứng suy tim trái và sau đó bị thêm biến chứng suy tim phải.

Tuy nhiên, vẫn có những bệnh tim gây gánh nặng cho cả hai tâm thất cùng một lúc: gặp trong bệnh van hai lá và bệnh động mạch chủ.

Trong suy tim toàn bộ: vừa có các triệu chứng của suy tim trái, vừa có các triệu chứng của suy tim phải.

7. Tim lão suy

7.1. Định nghĩa

"Tim lão suy" là suy tim xảy ra ở người cao tuổi và do quá trình thoái hoá của cơ tim. Trong bệnh tim của người cao tuổi, sự tưới máu cho cơ tim do các động mạch vành chỉ bị rối loạn rất ít.

7.2. Nguyên nhân

- Quá trình thoái hoá của tim do hoạt động tạo ra hiện tượng teo các sợi cơ tim.
- Các yếu tố khác như:

+ Xơ cứng động mạch.

+ Tăng huyết áp.

+ Bệnh phổi mạn tính tác động trên một quả tim đang thoái hoá.

7.3. Triệu chứng lâm sàng

Là bệnh cảnh của suy tim mà không có tăng huyết áp, không có các dấu hiệu suy động mạch vành và không có bệnh phổi mạn tính.

https://tieulun.hopto.org

Tiến triển của chứng suy tim này tuần tiến. Tim càng thoái hoá nhiều thì tiến triển càng nặng.

7.4. Chẩn đoán

Chẩn đoán dựa vào hai yếu tố:

- Có dấu hiệu lão hoá ở các cơ quan khác.
- Không có yếu tố gây bệnh khác, nhất là không thấy có xơ cứng động mạch vành.

7.5. Điều trị

Theo cách điều trị suy tim.

8. Các biến chứng của suy tim

Suy tim là một bệnh toàn thân, có thể gây nên các loại biến chứng như biến chứng gan, biến chứng thận, biến chứng não.

Các biến chứng đáng sợ nhất là nghẽn tĩnh mạch và nhiễm khuẩn ở phổi.

8.1. Nghẽn tĩnh mạch

Hay gặp, nhất là ở người suy tim phải mà nằm nghỉ tại giường.

Biến chứng này thường có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng khi xảy ra tắc động mạch phổi hoặc nhồi máu phổi.

8.2. Nhiễm khuẩn ở phổi

Nhiễm khuẩn phổi xảy ra khi có ứ đọng máu ở trong phổi. Thường gặp viêm phế quản và viêm phổi. Viêm phổi hay xảy ra do ứ huyết ở chỗ thấp.

9. Tiến triển của suy tim

Tiến triển của suy tim phụ thuộc vào các yếu tố gây bệnh.

https://tieulun.hopto.org

- Suy tim gây ra bởi các yếu tố ngoại lai như: nhiễm độc nội tiết tố tuyến giáp, bệnh thiếu máu, bệnh tê phù có tiến triển tốt khi chữa khỏi nguyên nhân.

- Suy tim do bệnh tim bẩm sinh hay bệnh tim mắc phải có khả năng phẫu thuật (như bệnh hẹp lỗ van hai lá, hẹp ống động mạch...) cũng có tiến triển tốt.

- Suy tim xảy ra sau nhồi máu cơ tim: có tiến triển xấu.

- Suy tim ở người có bệnh tăng huyết áp đôi khi cũng có tiến triển tốt.

- Suy tim ở người được nghỉ ngơi an nhàn có tiến triển tốt, nhưng vẫn có thể đột nhiên xảy ra biến chứng bất ngờ như phù phổi, tắc động mạch, nhồi máu phổi, viêm phổi.

10. Phân loại suy tim

Phân loại suy tim dựa vào mức độ nặng nhẹ của bệnh.

- Loại 1: bệnh tim chưa làm giảm sút các khả năng hoạt động của thể lực.

- Loại 2: bệnh tim đã làm giảm sút nhẹ khả năng hoạt động thể lực. Người bệnh cảm thấy khó chịu khi gắng sức nhiều.

- Loại 3: bệnh tim đã làm cho khả năng hoạt động thể lực bị giảm nhiều. Người bệnh không có triệu chứng suy tim khi được nghỉ ngơi.

https://tieulun.hopto.org

- Loại 4: có những rối loạn nặng khi người bệnh gắng sức rất nhẹ.

11. Điều trị suy tim

11.1. Điều kiện cần điều trị suy tim

a) Khi người bệnh có các triệu chứng: mệt nhọc, khó thở khi gắng sức... thì cần điều trị. Phương pháp điều trị:

- Tăng giờ nghỉ ngơi.
- Dùng thuốc an thần.
- Chế độ ăn có ít muối.

b) Khi người bệnh bị suy tim thực sự: áp dụng phương pháp:

- Nằm nghỉ tuyệt đối ở trên giường.
- Dùng thuốc digitalin, thuốc lợi niệu.
- Thở oxy và cho chế độ ăn nhạt.

11.2. Tiêu chuẩn đánh giá tác dụng của điều trị

Tiêu chuẩn để đánh giá hiệu lực của điều trị là:

- Thể trọng của người bệnh: khi giảm thể trọng là bệnh đỡ ở người mắc bệnh tim.

- Mạch: mạch chậm lại là bệnh đỡ. Cần đếm tiếng tim đập trong khi nghe tim. Không nên tin vào mạch quay, vì mạch quay có thể chậm lại do chứng chẹn tâm nhĩ - thất gây nên bởi ngộ độc thuốc digitalin.

- Mức bài niệu: nếu đi tiểu nhiều hơn thì đó là dấu hiệu của bệnh giảm.

https://tieulun.hopto.org

- Bóng tim: khi bóng tim thu nhỏ là dấu hiệu của bệnh tiến triển tốt.

11.3. Sự nghỉ ngơi

Tuỳ theo mức độ nặng nhẹ của từng trường hợp bệnh mà ta có thể chỉ định cách nghỉ ngơi như sau:

- Hạn chế bớt sự hoạt động.

- Nghỉ ngơi tuyệt đối: áp dụng đối với suy tim nặng hoặc suy tim cấp tính.

Cần chú ý: nằm nghỉ kéo dài có thể gây nên:

+ Viêm tĩnh mạch và biến chứng của viêm tĩnh mạch.

+ Người bệnh dễ bị ứ máu ở phổi có thể gây ra viêm phổi hoặc viêm phế quản.

+ Gây táo bón, làm giảm trương lực cơ và mạch, gây ảnh hưởng không tốt đến tinh thần của người bệnh.

11.4. Thực hiện các biện pháp điều trị

a) Nhu cầu calo

- Chế độ ăn làm cho người bệnh gầy đi đối với trường hợp mắc bệnh tim kèm theo béo phì.

- Chế độ ăn lỏng đối với người bệnh bị suy tim nặng.

- Tránh để người bệnh bị táo bón và trướng bụng.

b) Nước uống

- Không cần hạn chế lượng nước uống đối với người bệnh đang ăn theo chế độ ăn không có muối.

- Cần cho người bệnh uống để đỡ khát với nước uống không chứa natri.

https://tieulun.hopto.org

- Tránh nước khoáng và sữa.

c) Chế độ ăn ít muối: phải giảm càng nhiều càng tốt mức cung cấp natri trong thức ăn. Chế độ ăn ít muối được chỉ định trong:

- Suy tim có nước trong ổ màng bụng, có phù: mức 0,5g natri/24h.

- Suy tim có tăng huyết áp: mức natri <0,2g/24h.

d) Các vitamin: dùng vitamin B1 liều cao hàng ngày (2 - 10mg/24h).

e) Cai thuốc lá hoàn toàn, nhất là trong trường hợp đau thắt ngực, đánh trống ngực và ho.

11.5. Thuốc an thần

- Việc sử dụng đúng mức thuốc an thần sẽ có tác dụng làm cho người bệnh bớt chứng lo lắng và góp phần làm cho nhịp tim chậm lại.

- Trong trường hợp suy tim nặng, có thể dùng morphin trong những ngày đầu tiên. Sau đó, nên dùng các barbituric, meprobamat và reserpin.

Chú ý: clopromazin và các dẫn xuất của nó có nhược điểm là làm cho nhịp xoang nhanh lên.

11.6. Digitalin

a) Chỉ định điều trị: digitalin được dùng trong trường hợp:

- Suy tim cấp tính hoặc mạn tính.

- Rung tâm nhĩ, chứng tim đập nhanh kịch phát trên tâm thất.

b) Các chống chỉ định: không dùng thuốc digitalin trong các trường hợp sau:

https://tieulun.hopto.org

- Đau thắt ngực không có suy tim, suy nhược thần kinh - tuần hoàn, phù ngoại vi do nguyên nhân ngoài tim, tim đập nhanh xoang (không có suy tim).

- Có dấu hiệu nhiễm độc digitalin.

- Phải thận trọng khi dùng digitalin trong các trường hợp: viêm cơ tim do thấp khớp, hội chứng Adams -Stokes.

c) Nhiễm độc digitalin

- Các dấu hiệu nhiễm độc digitalin:

+ Dấu hiệu dạ dày - ruột: buồn nôn, chán ăn, nôn, tiết nhiều nước bọt, đau bụng và tiêu chảy.

+ Dấu hiệu thị giác: giảm thị lực, ám điểm, giảm sắc thị.

+ Dấu hiệu thần kinh: nhức đầu, vật vã, mất phương hướng, chóng mặt, nhược cơ.

- Điều trị nhiễm độc digitalin:

+ Điều trị buồn nôn: dùng bismuth và các thuốc kháng histamin, clopromazin (25mg tiêm bắp).

+ Điều trị chứng loạn nhịp: khi nhịp tim chậm lại hay nhanh lên thì ngừng dùng digitalin.

Trong trường hợp loạn nhịp nguy hiểm, cho clorua kali 2,5g. Nếu người bệnh bị hôn mê thì cho kali clorua thụt trực tràng hoặc tiêm tĩnh mạch (tiêm chậm tĩnh mạch dung dịch kali clorua 10% với liều lượng 0,5 - 1ml mỗi phút. Không cho quá 1g).

+ Điều trị mất nước: truyền nhỏ giọt tĩnh mạch dung dịch glucose đẳng trương.

+ Điều trị dấu hiệu thần kinh: dùng atropin để điều trị chứng kích thích hành não.

https://tieulun.hopto.org

Ghi chú:

- Calci tăng cường tác dụng của digitalin. Vì vậy không được cho calci cùng với digitalin.

- Có sự đối kháng giữa digitalin và ion kali. Do đó, tác dụng độc của digitalin tăng lên ở những người bệnh đã mất kali (do tác dụng của thuốc lợi niệu hoặc của các corticoid). Do đó, trong các trường hợp này, nên cẩn thận cho người bệnh uống một thứ muối kali kèm theo thuốc digitalin.

11.7. Thuốc lợi niệu

- Chỉ định dùng thuốc: dùng thuốc lợi niệu trong các trường hợp suy tim có kèm theo phù, ứ máu ở phổi và ở gan, tràn dịch màng phổi và tràn dịch màng bụng có phối hợp với chế độ ăn nhạt mà bệnh không thuyên giảm.

- Chống chỉ định: không dùng thuốc lợi niệu trong trường hợp suy thận và đặc biệt là trong bệnh viêm tiểu cầu thận.

- Sử dụng thận trọng thuốc lợi niệu trong trường hợp đang bị sốt và ở người bệnh mắc bệnh tiền liệt tuyến (gây ra nguy cơ bí tiểu tiện).

- Không dùng thuốc lợi niệu khi người bệnh có phản ứng dị ứng đối với thuốc lợi niệu thuỷ ngân.

11.8. Liệu pháp oxy

Chỉ định của liệu pháp oxy trong suy tim là: khó thở nặng, xanh tím cao độ, trạng thái lo âu, vật vã và mê sảng, chứng ho không cầm được.

https://tieulun.hopto.org

CÁC BỆNH TIM BẨM SINH

1. Định nghĩa

Các bệnh tim bẩm sinh là những dị tật của tim hay của các mạch máu lớn xảy ra trong giai đoạn bào thai.

2. Nguyên nhân

Các bệnh tim bẩm sinh xảy ra giữa các tuần lễ thứ năm và thứ tám của đời sống phôi thai, vào lúc mà ống tâm nhĩ - thất, các tâm nhĩ và các tâm thất bị chia ra làm hai nửa bởi một vách ngăn.

a) Nguyên nhân di truyền

Có những gia đình trong đó các bệnh tim bẩm sinh gặp nhiều hơn là ở các gia đình khác.

b) Bệnh do vi rút

Bệnh do vi rút xảy ra ở quý đầu của thời kỳ thai nghén làm cho thai nhi có một tỷ lệ cao những dị tật ở tim và ở mắt.

3. Các bệnh tim bẩm sinh

Theo tác giả Abott, các bệnh tim bẩm sinh có thể được sắp xếp theo thứ tự giảm dần như sau:

- Bệnh thông liên nhĩ.
- Bệnh thông liên thất.
- Còn ống động mạch.
- Hẹp động mạch phổi.
- Dị tật của các van sigma (ε)
- Hẹp eo động mạch chủ.
- Dị tật của các tĩnh mạch lớn.
- Chuyển vị của các mạch máu lớn.

https://tieulun.hopto.org

3.1. Bệnh tim bẩm sinh gây xanh tím

a) Tứ chứng Fallot

Có 4 loại tổn thương:

- Thông liên thất.
- Động mạch chủ chuyển sang phải.
- Hẹp động mạch phổi.
- Phì đại tâm thất phải.

Bệnh có các dấu hiệu lâm sàng sau:

+ Xanh tím.

+ Ngất.

+ Nghe tim: có tiếng thổi tâm thu và kèm theo là dấu hiệu rung (thrill).

b) Tam chứng Fallot

Có 3 loại tổn thương:

- Hẹp động mạch phổi.
- Thông liên nhĩ.
- Phì đại tâm thất phải.

Triệu chứng lâm sàng: cùng dấu hiệu như tứ chứng Fallot.

c) Rò động mạch phổi

Triệu chứng: nghe tim thấy tiếng tim bình thường, đôi khi có tiếng thổi liên tục ở phổi.

3.2. Bệnh tim bẩm sinh không gây xanh tím

a) Hẹp động mạch phổi

Có triệu chứng lâm sàng:

- Xanh tím muộn.
- Nghe tim: có tiếng thổi tâm thu và tiếng thứ hai yếu (ở ổ động mạch phổi) và phân đôi tiếng tim thứ hai ở đáy.

b) Thông liên nhĩ

Triệu chứng lâm sàng:

https://tieulun.hopto.org

- Xanh tím ngay lúc mới sinh, về sau tự mất đi. Khi "shunt" (cầu nối) đảo ngược thì dấu hiệu xanh tím xuất hiện lại.

- Tiếng tim thứ hai ở ổ động mạch phổi mạnh, có tiếng thổi tâm thu khi nghe tim.

c) Còn ống động mạch

Nghe tim có thể thấy:

- Tiếng thổi liên tục mạnh lên vào cuối thời kỳ tâm thu.

- Tiếng thứ hai ở ổ động mạch phổi mạnh.

d) Thông liên thất (còn gọi là bệnh Roger)

- Thường không có triệu chứng lâm sàng.

- Có thể có dấu hiệu rung tim khi sờ vùng trước tim. Nghe tim thấy tiếng thổi tâm thu.

Ghi chú:

* Bệnh tim bẩm sinh làm cho người bệnh có các triệu chứng nặng nhẹ khác nhau: khó thở khi gắng sức, chậm lớn, chóng mệt, dễ mắc bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp.

* Đối với bệnh tim bẩm sinh gây xanh tím, hiện tượng thiếu oxy huyết có thể gây ra cơn ngất.

4. Điều trị

- Nghỉ ngơi.

- Dùng thuốc trợ tim, thở oxy nếu khó thở nặng.

- Chú ý tránh gắng sức, tránh các đợt bội nhiễm ở phổi và các nơi khác.

- Phương thức can thiệp được cân nhắc theo thể bệnh và tuổi.

https://tieulun.hopto.org

THAI NGHÉN Ở NGƯỜI MẮC BỆNH TIM

1. Tác dụng của thai nghén đối với hệ tim mạch

- Thể tích huyết tương tăng lên đến 40% - 50% vào cuối thời kỳ thai nghén.

- Lưu lượng tim cũng tăng lên để đảm bảo sự dinh dưỡng của thai. Hệ thống mạch của nhau thai giữ vai trò của một lỗ rò động - tĩnh mạch.

- Huyết áp tâm trương có xu hướng giảm. Mạch có thể trở thành "nhảy".

- Nghe tim: tiếng thứ nhất trở nên đanh và tiếng thứ hai rất mạnh. Có thể thấy tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim.

2. Vấn đề làm gián đoạn thai nghén

Phụ nữ bị bệnh van tim (đặc biệt là bệnh hẹp lỗ van hai lá) thì khi có thai sẽ phải chịu rủi ro, nguy hiểm.

Nguy cơ rủi ro, nguy hiểm có hai chiều hướng khác nhau:

- Sự nguy hiểm sẽ nhỏ:

+ Nếu chưa lần nào bị suy tim.

+ Nếu sản phụ dưới 30 tuổi.

+ Nếu bệnh van tim không phải là bệnh hẹp lỗ van hai lá.

- Sự nguy hiểm sẽ lớn:

+ Nếu phụ nữ trên 30 tuổi.

+ Nếu bệnh van tim là bệnh hẹp lỗ van hai lá.

+ Nếu đã có lần bị suy tim.

+ Nếu tim bị rung nhĩ.

https://tieulun.hopto.org

- Suy tim chắc chắn xảy ra:

+ Nếu tim bị to rõ rệt từ lúc bắt đầu thai nghén.

+ Nếu lần có thai trước đã làm cho tim bị suy.

Quyết định làm gián đoạn thai nghén phải được thực hiện trong ba tháng đầu của thời kỳ có thai.

Nếu suy tim xảy ra vào nửa cuối của thai kỳ thì phải chữa các rối loạn tim và chỉ làm gián đoạn thai nghén (phá thai) nếu thấy suy tim không hồi phục.

3. Tăng huyết áp và thai nghén

- Chứng sản giật gặp nhiều ở sản phụ có tăng huyết áp.

- Thai nghén làm tiến triển nặng lên của bệnh tăng huyết áp đã có sẵn từ trước.

4. Viêm màng trong tim bán cấp do vi khuẩn và thai nghén

Ở sản phụ mắc bệnh van tim, thai nghén làm cho dễ xảy ra biến chứng viêm màng trong tim bán cấp.

5. Bệnh thấp khớp và thai nghén

Nguy cơ làm cho bệnh thấp khớp hoạt động trở lại là rất nhỏ, không đáng kể.

6. Tỷ lệ tử vong của thai nhi

Tỷ lệ tử vong của thai nhi tăng ở sản phụ mắc bệnh tim.

https://tieulun.hopto.org

7. Điều trị

Phụ nữ mắc bệnh tim mà có thai cần được khám hội chẩn sản khoa và tim mạch để có được những chỉ dẫn cụ thể, cần thiết.

ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

Ép tim ngoài lồng ngực cần phải được thực hiện ngay sau khi đã xác nhận là người bệnh bị ngừng tim do không co bóp tim.

Phương pháp ép tim ngoài lồng ngực:

1. Đặt người bệnh nằm ngửa trên một mặt phẳng cứng.

2. Đặt cườm bàn tay vào một phần ba dưới của xương ức. Đặt bàn tay kia lên trên bàn tay này để có thêm sức mạnh.

3. Người cứu chữa đứng ở bên cạnh người bệnh ở vị trí thuận lợi nhất, cho phép họ có thể đè nhịp nhàng lên lồng ngực của người bệnh mà không bị mệt.

4. Người cứu chữa ấn lồng ngực xuống một cách nhịp nhàng theo nhịp 60 lần mỗi phút.

5. Mỗi lần ấn thì phải làm cho xương ức lún sâu xuống khoảng 5cm để có thể bóp được quả tim giữa xương ức và cột sống. Vì lồng ngực của người bệnh bất tỉnh có tính chất mềm dẻo nên có thể có nguy cơ gẫy xương sườn.

6. Ép tim ngoài lồng ngực tạo ra một áp lực động mạch khoảng 80mmHg. Tiếp tục ấn trong một thời gian lâu cho đến khi tim tự động đập trở lại.

https://tieulun.hopto.org

7. Người cứu chữa thứ hai đứng ở phía đầu người bệnh thực hiện việc hô hấp nhân tạo (miệng - miệng). Cứ năm lần đè ép vào xương ức thì lại thổi ngạt một lần, khi thổi ngạt thì không ép tim.

Nếu chỉ có một mình người cứu chữa thì cứ sau 15 lần ép tim lại ngừng công việc này để thổi ngạt miệng - miệng cho người bệnh hai lần liền.

Thời gian cấp cứu tối đa là 60 phút.

HỒI SINH TIM

1. Ép tim

- Nếu lồng ngực đóng thì làm theo cách thực hiện trong bài "ép tim ngoài lồng ngực".

- Nếu lồng ngực mở: ấn tim trực tiếp khi phẫu thuật.

2. Thông khí phổi

Hô hấp nhân tạo miệng - miệng.

3. Điều trị

Áp dụng trong trường hợp ngừng tim:

- Tiếp tục ép tim ngoài lồng ngực.

- Dùng thuốc:

+ Adrenalin dung dịch 1/1000 với liều lượng 0,1 - 0,4ml.

+ Calci gluconat với liều lượng 5ml - 10ml dung dịch 10%.

- Atropin 1/4mg - 1/2mg được sử dụng trong trường hợp ngừng tim do phản xạ thần kinh phế vị.

https://tieulun.hopto.org

Chương II

CÁC BỆNH HÔ - HẤP

HO

1. Định nghĩa

Ho là động tác của một phản xạ không kìm hãm được của thần kinh phế quản, khởi phát do một sự kích động niêm mạc hô hấp đưa tới kết quả là tống mạnh không khí trong các đường hô hấp ra ngoài.

2. Các giai đoạn của triệu chứng ho

Triệu chứng ho gồm ba giai đoạn:

- Giai đoạn hít vào: không khí vào phổi.

- Giai đoạn nén: không khí thở ra gặp phải thanh môn đóng kín.

- Giai đoạn đẩy không khí ra: thanh môn mở để cho một luồng không khí mạnh thổi qua. Luồng không khí này có một tốc độ tối đa ở trong các phế quản lớn và ở trong khí quản. Nó góp phần loại bỏ các dị vật và chất tiết ra khỏi khí đạo.

https://tieulun.hopto.org

3. Phân loại ho

a) Ho khạc đờm: ho khạc đờm làm sạch đường hô hấp (khí quản và phế quản). Ở người bị suy hô hấp, triệu chứng ho bị giảm do sử dụng các thuốc an thần (như thuốc barbituric hoặc loại thuốc phiện như codein) có thể gây nên ứ đọng đờm và các dịch tiết, dễ dàng dẫn tới ứ đọng phế quản và suy giảm khả năng hô hấp.

b) Ho khan: ho khan là ho không khạc đờm. Nó có thể làm tăng bệnh nhiễm khuẩn ở phế quản phổi, gây ra quá tải tiểu tuần hoàn, làm rối loạn giấc ngủ và làm cho người bệnh kiệt sức.

c) Ho cơn (hay kiểu ho gà): gặp trong bệnh ho gà, hen, bệnh chèn ép trung thất.

d) Ho nôn: ho có thể gây nôn do tính chất dữ dội của triệu chứng ho.

e) Ho rè (hay là ho hai giọng): gặp trong bệnh loét thanh quản hay liệt thanh quản.

4. Nguyên nhân gây ho

- Viêm khí đạo trên: gặp trong bệnh viêm hầu (ho của người hút thuốc), viêm thanh quản, viêm VA, viêm amiđan.

- Bệnh ở phế quản - phổi: triệu chứng ho gặp trong bệnh viêm phế quản cấp tính và mạn tính, di vật trong phế quản, bệnh giãn phế quản, bệnh viêm phổi, bệnh lao phổi, bệnh ung thư phổi...

- Bệnh tim mạch: gặp trong các bệnh như suy

https://tieulun.hopto.org

tim, tắc mạch phổi, nhồi máu phổi, phình động mạch chủ.

- Rối loạn thần kinh: ở một số người bệnh, triệu chứng ho là một chứng máy cơ thần kinh thực sự.

Ghi chú: nếu ho khạc đờm có ít máu và nhuộm đờm thành màu hồng thì được gọi là ho ra máu (khái huyết).

5. Điều trị

- Ho do phản xạ nhất thời đường hô hấp trên: mặc ấm, giữ ấm cổ, đeo khẩu trang khi đi ra ngoài. Có thể uống xiro ho.

- Nếu do viêm nhiễm đường hô hấp cần cân nhắc dùng kháng sinh.

- Ho ở những bệnh mãn tính đường hô hấp có thể dùng thuốc ho attussin. Định suyễn hoàn... Điều cốt yếu là phải điều trị bệnh chính gây ho.

HO RA MÁU

Ho ra máu còn gọi là khái huyết.

1. Định nghĩa

Ho ra máu là sự đào thải máu bắt nguồn từ các phế quản qua miệng.

Ho ra máu có thể diễn ra theo nhiều cách khác nhau:

- Đờm dây máu.

https://tieulun.hopto.org

- Đờm có máu, màu nước mận.
- Chảy máu rõ ràng, màu đỏ tươi.

2. Nguyên nhân

a) Bệnh phế quản - phổi

- Bệnh lao phổi: bệnh lao phổi là nguyên nhân thường gặp của ho ra máu. Triệu chứng ho ra máu có thể: rất ít máu và đờm có màu hồng hoặc ho ra nhiều máu đỏ tươi và ồ ạt.

Trong bệnh lao phổi, người ta phân biệt các loại ho ra máu:

+ Ho ra máu báo động bệnh lao phổi không được phát hiện.

+ Ho ra máu xảy ra trong đợt tiến triển của bệnh lao phổi.

+ Ho ra máu xảy ra ở người bệnh có tổn thương lao xơ phổi đã ổn định, không tiến triển.

+ Ho ra máu khốc liệt xảy ra trong trường hợp có tổn thương hang ở bệnh lao, dễ gây tử vong.

+ Ho ra máu xảy ra sau khi bơm khí vào ổ màng phổi.

- Ung thư phế quản: gây ho ra máu lẫn đờm, màu mận.

- Giãn phế quản: thường gặp giãn phế quản khô gây ho ra máu ít, màu đỏ tươi.

- Viêm phổi: có đờm màu gỉ sắt, đôi khi có màu đỏ (trong bệnh viêm phổi do tụ cầu khuẩn).

b) Bệnh tim mạch: có thể gặp ho ra đờm dây máu hoặc ho ra máu nhiều.

https://tieulun.hopto.org

- Bệnh hẹp lỗ van hai lá: người ta có thể thấy đờm dây máu cũng như chảy máu nhiều.

Chảy máu trong bệnh hẹp lỗ van hai lá là do:

+ Tăng áp lực trong các mao mạch phổi.

+ Sự xuyên mạch máu vào trong các phế nang.

+ Vỡ các phình tĩnh mạch phế quản dưới niêm mạc. Phình tĩnh mạch này được tạo thành do giãn các chỗ nối giữa tĩnh mạch phổi và tĩnh mạch phế quản.

- Bệnh nhồi máu phổi: ho ra máu ít khi nặng, ho ra máu có tính chất:

+ Máu quánh như nước cam thảo và kéo dài vài ba ngày.

+ Có các triệu chứng kèm theo: khó thở, đau ngực, sốt, có hiện tượng viêm tĩnh mạch.

Ghi chú: trong nhiều trường hợp, ho ra máu là dấu hiệu duy nhất và rõ ràng nhất của bệnh nhồi máu phổi.

- Bệnh suy tim: bệnh suy tim có thể kèm ho ra máu, khó phân biệt với ho ra máu do nhồi máu phổi.

- Giãn động mạch chủ: đầu tiên có thể gặp ho ra máu ít do rạn nứt động mạch chủ và sau đó là ho ra máu ồ ạt, có thể gây tử vong.

c) Các tạng chảy máu: ít gặp triệu chứng ho ra máu. Tuy nhiên ra máu có thể gặp ở các bệnh:

- Ban xuất huyết.

- Bệnh bạch cầu có lạm dụng thuốc chống đông máu.

https://tieulun.hopto.org

d) Chấn thương lồng ngực: chấn thương lồng ngực gây tổn thương phổi dẫn đến ho ra máu.

3. Triệu chứng

Triệu chứng thể hiện khác nhau ở các thời kỳ:

a) Thời kỳ trước khi ho ra máu: có những triệu chứng báo trước như:

- Cảm giác buồn nôn ở thanh quản.
- Cảm giác nóng ở sau xương ức.
- Có vị máu (tanh) ở trong miệng.

b) Thời kỳ ho ra máu: có dấu hiệu khạc ra máu màu đỏ và ngầu bọt. Khạc ra máu xuất hiện ở giữa các cơn ho.

c) Thời kỳ ngừng ho ra máu

- Đờm ngày càng thẫm mầu mận và đen, được gọi là đuôi ho ra máu.
- Không có máu đỏ tươi.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

a) Chảy máu cam: có hiện tượng viêm mũi, viêm lợi... và có tổn thương chảy máu.

b) Nôn ra máu: nôn ra máu bắt đầu và kết thúc một cách đột ngột và có kèm triệu chứng nôn.

Cần chú ý các trường hợp khó chẩn đoán phân biệt:

+ Ho phản xạ trong khi nôn ra máu, có thể nhầm lẫn với ho ra máu.

https://tieulun.hopto.org

+ Ho gây nôn trong triệu chứng ho ra máu, có thể nhầm lẫn với nôn ra máu.

+ Nuốt máu trong khi ho ra máu, có thể nhầm lẫn với nôn ra máu.

5. Điều trị

- Người bệnh nghỉ ngơi tuyệt đối và nằm nghiêng về bên phổi bị tổn thương.

- Dùng thuốc an thần hoặc morphin: tuy nhiên, cần lưu ý là nếu dùng thuốc morphin với liều lượng cao thì gây nên ứ dịch tiết căng phế quản và suy giảm trung tâm hô hấp.

- Trong trường hợp ứ căng phế quản, cần hút đờm dãi và cho người bệnh thở oxy.

- Trong trường hợp chảy máu ồ ạt và có trạng thái sốc thì cần truyền máu ở trung tâm y tế.

- Dùng thuốc điều trị nguyên nhân gây ra ho ra máu: điều trị lao phổi, điều trị giãn phế quản khô...

NẤC

1. Định nghĩa

Nấc là sự co cứng của cơ hoành.

2. Nguyên nhân

- Nguyên nhân của chứng nấc là sự kích động trung tâm hay ngoại biên của dây thần kinh hoành.

https://tieulun.hopto.org

- Nguyên nhân trung tâm: do các bệnh viêm màng não, u não, tăng urê huyết.

- Nguyên nhân ngoại biên: do các bệnh viêm màng phổi hoành, viêm màng ngoài tim, u trung thất, cũng có thể do bệnh tiêu hoá như chứng kích động niêm mạc dạ dày hoặc thực quản. Nấc có thể do tâm lý gây nên.

Chứng nấc thường hết khi người bệnh ăn.

3. Điều trị

Có thể áp dụng các biện pháp:

- Uống nước lạnh, chườm túi đá vùng thượng vị.

- Dùng thuốc chống co thắt atropin 1/4mg - 1/2mg. Dùng thuốc an thần gardenal 0,1g.

- Hít amyl nitrit hay chloroform.

VIÊM HỌNG

1. Định nghĩa

Viêm họng là viêm hầu và các mô có cấu tạo tế bào lympho.

2. Một số viêm họng thường gặp

a) Viêm họng đỏ thông thường

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Niêm mạc hầu đỏ.

+ Viêm hạch nhân (amiđan) nhiều khi ở một bên. Có thể thấy trên hạnh nhân có những màng

https://tieulun.hopto.org

hay chấm trắng gồm một thứ bựa không dính vào niêm mạc.

+ Sốt.

+ Khó nuốt.

+ Hạch cổ to.

- Tiến triển:

+ Bệnh thường khỏi nhưng hay tái phát.

+ Có thể gây viêm cầu thận hay thấp khớp cấp.

- Điều trị:

+ Nhỏ mũi bằng thuốc muối bạc (ví dụ: protacgol).

+ Dùng thuốc sát trùng súc miệng: súc họng (với betadin) hoặc viên ngậm.

+ Dùng thuốc kháng sinh.

+ Cắt bỏ hạnh nhân khi có những hạnh nhân to nhiễm khuẩn.

b) Viêm họng bạch hầu

- Triệu chứng: dấu hiệu chủ yếu là một lớp màng giả với những tính chất sau:

+ Màng giả phủ mặt trong của hạnh nhân, đôi khi lan đến tận chân lưỡi gà.

+ Màng giả lúc đầu có màu trắng nhạt và nhẵn, sau có màu xám vàng và lổn nhổn.

+ Màng giả được bao quanh bởi một đường viền do mô bị viêm.

+ Màng giả dính vào lớp sâu và tự tách ra cả khối. Nếu không được điều trị bằng huyết thanh chống bệnh bạch hầu thì màng giả tái tạo rất nhanh.

https://tieulun.hopto.org

Ngoài ra, người bệnh còn có triệu chứng:

+ Sổ mũi, hạch cổ to và nhiều.

+ Người bệnh xanh xao, nhịp tim nhanh, huyết áp giảm.

- Điều trị: về phương diện thực hành, khi có màng giả ở họng thì cần tiêm huyết thanh chống bạch hầu trước khi chẩn đoán phân biệt với viêm họng loét màng do nguyên nhân khác.

c) Viêm hạnh nhân (viêm amiđan)

Viêm hạnh nhân là viêm mô quanh hạnh nhân.

- Các triệu chứng thường gặp:

+ Khó nuốt nặng.

+ Hạnh nhân ở phía tổn thương lồi ra và có phản ứng viêm mạnh.

+ Lưỡi gà bị phù, biến dạng và bị đẩy sang phía đối diện.

- Điều trị: dùng thuốc kháng sinh và phẫu thuật.

BỆNH Ở KHÍ ĐẠO DO VI RÚT

1. Các thể lâm sàng

a) Thể cảm sốt

- Bệnh khởi đầu bằng sự kích động trong họng.

- Thời kỳ toàn phát diễn ra trong một hai ngày với có các dấu hiệu:

+ Sổ mũi, hắt hơi, tiết nước mũi nhiều và trong, chảy nước mắt và giảm vị giác.

+ Triệu chứng toàn thân: mệt mỏi, sốt nhẹ, nhức đầu và chán ăn.

https://tieulun.hopto.org

- Niêm mạc mũi bị sung huyết, các hốc hạnh nhân và niêm mạc họng có những chỗ cấn đọng nhỏ màu vàng xám.

Sau vài ngày chất tiết của mũi trở nên đặc hơn và bệnh khỏi khá nhanh.

b) Các thể lâm sàng khác

- Nhiễm vi rút khu trú hoặc lan rộng ở khí đạo:

+ Có triệu chứng: đau họng, ho, đờm nhầy và ít khi có nhầy mủ, khàn tiếng.

+ Thể lâm sàng này là nguyên nhân của viêm hầu, viêm hạnh nhân, viêm thanh quản, viêm khí quản, viêm xoang...

- Nhiễm vi rút khí đạo không điển hình:

+ Sốt, suy nhược, khó chịu, nhức đầu, rét run.

+ Rối loạn dạ dày - ruột: đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy.

2. Tiến triển

- Nhiễm vi rút khí đạo thường tiến triển tốt.

- Nhiễm vi rút khí đạo có thể tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của một số vi khuẩn như: tụ cầu khuẩn, liên cầu khuẩn và phế cầu khuẩn... khi đó có thể gây ra các biến chứng như: viêm họng, viêm phế quản, viêm xoang, viêm tai...

3. Chẩn đoán phân biệt

a) Chứng cảm sốt: cần được phân biệt với:

- Bệnh nhiễm khuẩn có kèm dấu hiệu sổ mũi.

https://tieulun.hopto.org

- Viêm mũi dị ứng: tiến triển dai dẳng và có tính chất theo mùa.

b) Thể mũi - họng: cần phân biệt với viêm họng do nhiễm khuẩn, có dấu hiệu:

- Dịch tiết rỉ trên hạnh nhân và trong họng.
- Có sốt cao và kéo dài.

c) Thể bệnh có triệu chứng toàn thân chiếm ưu thế: cần phân biệt với:

- Bệnh nhiễm khuẩn ở bộ phận khác như: bệnh lao, viêm phổi, bệnh thương hàn...
- Bệnh cúm: xuất hiện theo dịch.

4. Điều trị

Chỉ điều trị triệu chứng:

+ Nghỉ ngơi.
+ Uống nước nóng và thuốc aspirin.
+ Dùng thuốc codein 0,02g - 0,05g trong trường hợp có triệu chứng ho.
+ Nhỏ mũi để điều trị tắc mũi.

VIÊM PHẾ QUẢN CẤP TÍNH

1. Định nghĩa

Viêm phế quản cấp tính là bệnh gây tổn thương viêm cấp ở các phế quản to và trung bình, thường tổn thương viêm cả khí quản (viêm khí - phế quản cấp).

Bệnh thường xảy ra ở trẻ em và người cao tuổi.

https://tieulun.hopto.org

2. Nguyên nhân

Tùy thuộc các thể bệnh lâm sàng sau:

a) Nhiễm khuẩn khí đạo trên

- Viêm phế quản cấp tính do lạnh: bệnh xảy ra tiếp theo chứng sổ mũi. Chứng này lan xuống niêm mạc khí - phế quản sau 5 - 7 ngày và vi rút làm tăng độc lực của vi khuẩn để gây bệnh.

- Nhiễm khuẩn mũi họng: nhiễm khuẩn mũi họng là nguyên nhân của bệnh viêm phế quản cấp tính (hoặc mạn tính). Các dịch viêm của niêm mạc phế quản có vai trò quan trọng trong việc xuất hiện bệnh.

b) Các bệnh nhiễm khuẩn: các bệnh nhiễm khuẩn khác như: sởi, thương hàn, ho gà... có thể gây viêm phế quản cấp tính.

c) Hít các chất kích động như: khói thuốc lá, amoniac (NH_3), clo (Cl), hơi độc công nghiệp...

d) Các yếu tố dị ứng: các bệnh hoặc hội chứng dị ứng sau đó có thể gây viêm phế quản cấp tính như:

- Hen: gặp ở trẻ em và có dấu hiệu co thắt phế quản.

- Chứng sổ mũi theo mùa, chứng cảm mạo theo mùa, bệnh phù ở mi mắt do dị ứng (còn gọi là phù Quincke), bệnh nổi mày đay (bệnh dị ứng ngoài da)... thường gặp ở người lớn.

3. Triệu chứng

Có thể gặp các triệu chứng:

https://tieulun.hopto.org

- Sốt, khó chịu.

- Ho khạc ít đờm.

- Tiếng bị khàn và đôi khi đau sau xương ức trong trường hợp có viêm khí quản phối hợp.

- Sau một vài ngày, đờm thở thành nhầy mủ và ho có nhiều đờm hơn.

- Có ran ngáy và ran rít ở hai phổi.

4. Tiến triển

- Bệnh thường tiến triển tốt và khỏi.

- Bệnh có thể tái phát mỗi khi người bệnh bị cảm sốt.

- Bệnh có thể tiến triển xấu và gây nên viêm phế quản - phổi.

5. Chẩn đoán xác định

Cần chú ý các trường hợp đặc biệt:

- Viêm phế quản cấp tính xảy ra ở người bị suy tim hoặc bị ứ đọng phổi.

- Viêm phế quản phối hợp với bệnh ho gà, cúm, sởi, bệnh thương hàn.

- Bệnh hen phế quản có kèm tăng tiết phế quản.

6. Chẩn đoán phân biệt

a) Ở trẻ em

Cần phân biệt với:

- Bệnh hạch trung thất.

- Hen phế quản.

- Dị vật trong phế quản.

https://tieulun.hopto.org

- Giãn phế quản.

b) Ở người lớn

Cần phân biệt với:

- Bệnh lao phổi.
- Giãn phế quản.
- Viêm phế quản - phổi.
- Ung thư phổi.
- Bệnh bụi phổi.

7. Điều trị

a) Điều trị đặc hiệu: phối hợp từ hai loại kháng sinh trở lên để tránh hiện tượng kháng thuốc có thể xảy ra.

b) Điều trị triệu chứng

- Người bệnh nằm nghỉ trên giường.
- Xông hơi có thuốc eucalyptol.
- Dùng thuốc có codein hoặc thuốc bromoform (thuộc loại bromua), dùng thuốc long đờm ipeca hoặc kali iodua.

c) Điều trị nhiễm khuẩn ở mũi họng.

VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH

Viêm phế quản mạn tính là bệnh thường gặp ở người cao tuổi và hay xảy ra về mùa lạnh. Theo điều kiện thời tiết nước ta thì những đối tượng ho, khạc liên tục ba năm trở lên, mỗi năm thời gian ho khạc kéo dài (hoặc tổng cộng) ít nhất là ba tháng được xem là bệnh nhân viêm phế quản mạn tính.

https://tieulun.hopto.org

1. Nguyên nhân

a) Nhiễm khuẩn mũi họng: những đợt nhiễm khuẩn mũi họng liên tiếp có kèm theo hiện tượng tháo mủ gây nhiễm khuẩn đi xuống phế quản và các rối loạn thần kinh - tiết dịch viêm của niêm mạc phế quản là nguyên nhân gây viêm phế quản mạn tính.

b) Xơ phổi: trong xơ phổi hiện tượng ứ đọng dịch tiết tăng lên trong phế quản và dễ dàng gây nhiễm khuẩn phế quản. Người ta gặp sự ứ tiết này trong bệnh khí thũng phổi, giãn phế quản, lao xơ phổi, bệnh bụi phổi và biến dạng lồng ngực nặng.

c) Bệnh hen: khi bệnh hen tiến triển lâu ngày sẽ gây những đợt viêm phế quản và trở thành viêm phế quản mạn tính. Viêm phế quản mạn tính xảy ra trong bệnh hen dễ có biến chứng là những đợt khó thở kịch phát. Viêm phế quản và hen có thể xuất hiện cùng lúc.

e) Thuốc lá, thuốc lào và rượu: các chất này là điều kiện thuận lợi cho bệnh viêm phế quản mạn tính, thành phế quản cứng và tăng sự ứ dịch tiết trong lòng phế quản. Các hiện tượng trên dẫn đến tắc phế quản và khí thũng phổi. Niêm mạc phế quản sung huyết.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Không sốt.
- Ho và ho cơn, khạc đờm nhầy mủ về buổi sáng.

https://tieulun.hopto.org

- Khó thở và xanh tím: gặp khi viêm phế quản mạn tính nặng.

- Có ran rít, ran ngáy ở hai phổi.

3. Tiến triển

Bệnh viêm phế quản mạn tính có thể tiến triển theo hai cách sau đây:

- Bệnh tồn tại dai dẳng kéo dài và tái phát khi trời lạnh và rét.

- Bệnh có thể gây các biến chứng như: khí thũng phổi, giãn phế quản, bệnh tim phổi mạn tính.

4. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân phụ: cần điều trị nhiễm khuẩn mũi họng (viêm hạnh nhân, viêm xoang), điều trị hen hoặc suy tim trong trường hợp có phối hợp.

- Làm lỏng đờm nếu có đờm nhớt: có thể dùng thuốc ipeca, kali iodua...

- Dẫn lưu các chất tiết ứ đọng trong lòng phế quản: để người bệnh nằm ở tư thế đầu thấp, kích thích cơ hoành để người bệnh ho mạnh hơn. Chỉ dùng thuốc ho khi người bệnh ho khan không có đờm.

- Không dùng loại thuốc phiện (ví dụ: morphin) vì thuốc này làm tăng sự ứ dịch tiết trong phế quản và gây suy hô hấp.

- Dùng thuốc kháng sinh: thuốc kháng sinh được chỉ định trong đợt cấp tính của bệnh.

https://tieulun.hopto.org

- Dùng thuốc điều trị co thắt phế quản: các loại thuốc như theophyllin, aminophyllin có tác dụng gây giãn phế quản.

- Cho thở oxy trong trường hợp có biến chứng tim phổi mạn tính.

HEN PHẾ QUẢN

1. Định nghĩa

Hen phế quản là một hội chứng có đặc điểm là những cơn khó thở kịch phát chiếm ưu thế khi thở ra, có kèm những rối loạn vận mạch (xuất tiết và co thắt khí - phế quản).

2. Hoàn cảnh xuất hiện bệnh

- Hen phế quản hiếm gặp ở tuổi trên 60.

- Hen phế quản thường gặp ở người làm việc trong môi trường có nhiều bụi như: bụi than, bụi sợi dệt, bụi phấn hoa, bụi thư viện...

- Hen phế quản có thể xuất hiện do các yếu tố ngoại lai như: phấn hoa, ăn tôm cua, bụi hoá chất... hoặc yếu tố nội tại trong cơ thể như nhiễm khuẩn mạn tính ở khí đạo trên.

+ Hen ngoại lai (còn gọi là hen dị ứng): người bệnh bị hen phế quản khi đang mắc hoặc đã mắc các bệnh dị ứng như sổ mũi mùa, bệnh chàm (eczema), bệnh nổi mày đay hoặc bệnh đau nửa đầu...

Tiến triển của bệnh hen ngoại lai chịu ảnh hưởng của hoạt động nội tiết, của thai nghén, của kinh nguyệt hoặc của mãn kinh.

https://tieulun.hopto.org

Các chất gây dị ứng (còn gọi là dị nguyên) tiếp xúc với cơ thể bằng nhiều con đường khác nhau: đường thở, đường tiêu hoá, đường da niêm mạc hoặc đường máu.

+ Hen nội tại: yếu tố gây nên bệnh hen phế quản ở ngay trong bản thân người bệnh nhất là yếu tố nhiễm khuẩn.

Trong một số trường hợp, hen ngoại lai trở thành nguyên nhân của viêm phế quản mạn tính và viêm phế quản mạn tính lại duy trì bệnh hen phế quản.

Các ổ nhiễm khuẩn nguyên phát để gây nên hen phế quản thường gặp là: nhiễm khuẩn mạn tính ở khí đạo trên, viêm xoang, polyp mũi và lệch vách mũi.

3. Triệu chứng

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Triệu chứng báo trước: hắt hơi, sổ mũi, co thắt, đôi khi có ngứa ngoài da.

- Khó thở: hít vào không đầy đủ, thở ra khó khăn và chậm gấp hai, ba lần thì thở vào.

- Khạc đờm trắng và trong như hạt trai có chứa chất nhầy.

- Có chứng xanh tím trong trường hợp hen phế quản có biến chứng khí thũng phổi hay tim phổi mạn tính.

- Áp lực động mạch có thể giảm và áp lực tĩnh mạch tăng do giảm lưu lượng máu trở về tim.

https://tieulun.hopto.org

- Sau cơn hen, lần đi tiểu đầu tiên có khối lượng nhiều và nước tiểu nhạt mầu.

- Có nhiều tiếng ran rít, ran ngáy và ran nổ ở hai phổi.

4. Các thể lâm sàng

a) Thể hen ở trẻ em

- Sốt nhẹ.

- Có cơn khó thở nhẹ kèm tiếng rít khi thở ra. Cơn này xảy ra vào ban đêm.

- Có viêm mũi - họng hoặc viêm phế quản.

b) Thể hen muộn: đây là bệnh hen phát sinh ở khoảng 40 tuổi - 50 tuổi, nhiều khi tiến triển nặng. Có triệu chứng:

- Khó thở ở thì thở ra có tính chất kịch phát.

- Khó thở liên tục xảy ra tiếp theo sau một thời gian ngắn.

c) Thể hen gây khó thở liên tục: đây là thể hen nặng, thường gặp ở người mắc bệnh hen phế quản lâu ngày. Có triệu chứng:

- Khó thở thường xuyên.

- Khó thở trầm trọng hơn khi có gắng sức hoặc có xúc cảm.

- Cơn ho là biến chứng của bệnh và làm người bệnh kiệt sức.

d) Thể hen gắng sức: gắng sức thể lực gây nên những cơn khó thở xảy ra ngay sau khi gắng sức. Khó thở thuộc loại khó thở ở thì thở ra: thở ra khó khăn và kéo dài hơn thì thở vào.

https://tieulun.hopto.org

5. Tiến triển

a) Các cơn hen có thể tiếp nối nhau và gây nên cơn hen liên tục với biểu hiện

- Khó thở ngày càng nặng lên.
- Người bệnh trở nên lo âu, vật vã và xanh tím.

Cơn hen liên tục có thể:

- Không làm nặng thêm bệnh hen phế quản đã có từ trước.
- Làm tăng hiện tượng dịch tiết phế quản và suy tim phải cấp tính, có thể dẫn đến tử vong.

b) Hen phế quản gây các biến chứng

Các biến chứng có thể gặp:

- Khí thũng phổi.
- Viêm phế quản mạn tính: ho có đờm nhầy mủ.

c) Hen ở trẻ em có khuynh hướng khỏi hoàn toàn lúc tuổi dậy thì.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Viêm phế quản co thắt: có dấu hiệu nhiễm khuẩn và khó thở do co thắt khí - phế quản.
- Bệnh hen tim: có triệu chứng của bệnh suy tim.
- Hẹp phế quản trong các bệnh: lao phế quản, ung thư phế quản - phổi, chèn ép trung thất, dị vật phế quản.

7. Điều trị

- Điều trị cơn hen: dùng các thuốc:

https://tieulun.hopto.org

+ Ephedrin 0,01 - 0,05g /24 giờ.

+ Aminophyllin 0,5g x 2 lần/24 giờ.

+ Prednisolon 10mg - 20mg/24 giờ.

+ Chăm sóc người bệnh: để nằm đầu cao, cho thở oxy, chăm sóc bệnh tim mạch nếu có xuất hiện ở người bệnh.

- Điều trị bệnh đường hô hấp hoặc bệnh nhiễm khuẩn ở mũi - họng.

- Điều trị nguyên nhân gây dị ứng: loại bỏ các dị ứng nguyên (chất gây dị ứng), dùng thuốc kháng histamin (thiantan, allergan...).

- Tránh nhiễm lạnh và người bệnh cần giữ vệ sinh trong sinh hoạt (tránh bụi bẩn) và trong ăn uống (tránh thức ăn gây dị ứng).

DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

1. Định nghĩa

Dị vật đường thở là tình trạng cấp cứu khi vật lạ xâm nhập hệ thống khí phế quản, gây nên các rối loạn hô hấp mà mức độ phụ thuộc vào kích thước, bản chất hoá học và vị trí của của dị vật trong hệ thống khí phế quản.

2. Nguyên nhân

- Các vật cứng, có thể là cục xương trong thức ăn...

- Với trẻ em: các hạt đậu lạc, viên kẹo, các đồ chơi nhỏ như: viên bi, đồng xu...

https://tieulun.hopto.org

- Các vật lạ khác sau nhổ răng hoặc phẫu thuật họng.

3. Triệu chứng và chẩn đoán

a) Dị vật xâm nhập thanh quản, khí quản

- Biểu hiện ban đầu là hội chứng xâm nhập:

+ Ho sặc sụa.

+ Cơn nghẹt thở rất nguy kịch.

+ Có thể thở rít, khò khè.

- Nếu dị vật lớn kẹt ở thanh quản thì có thể gây đột tử do ngạt (nếu không kịp thời lấy dị vật ra).

b) Dị vật vào sâu trong phế quản

Những dị vật tròn, nhỏ, nhẵn dễ rơi vào phế quản gốc phải để tới một nhánh phế quản trong phổi, gây ra các tổn thương: xẹp phổi, viêm hoặc áp xe phổi, khí thũng phổi... mà các biểu hiện cụ thể là:

- Thở khò khè một bên.

- Rì rào phế nang giảm, gõ đục ở một vùng phổi.

- Nếu gây khí thũng một vùng phổi thì rì rào phế nang giảm và gõ vang.

- Khí quản, mỏm tim có thể lệch: cần chụp X quang phổi để nhận định.

4. Xử trí

a) Sơ cứu ban đầu: áp dụng nghiệm pháp Heimlich để nhanh chóng đưa dị vật ra ngoài:

- Người cấp cứu đứng sau lưng nạn nhân.

https://tieulun.hopto.org

- Vòng hai tay qua phía bụng nạn nhân, một bàn tay nắm lại, đặt ở giữa mũi ức và rốn nạn nhân, bàn tay còn lại bám chặt bàn tay đã nắm.

- Xiết mạnh "nắm đấm" vào trong và lên trên.

Có thể lập lại động tác này năm lần. Nếu không tống được di vật ra thì nhanh chóng đưa nạn nhân đến cơ sở y tế có khả năng cứu chữa có hiệu quả.

- Với trẻ em:

+ Với trẻ nhỏ: để nằm sấp ngang qua đùi người cấp cứu; với trẻ lớn cho ngồi cúi đầu.

+ Dùng cườm tay vỗ mạnh vào lưng (vùng liên bả) tối đa năm lần để giúp tống dị vật ra.

- Trường hợp nạn nhân bất tỉnh:

+ Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng.

+ Người cấp cứu: chồng hai bàn tay lên nhau, đặt giữa mũi ức và rốn, hai tay thẳng, ép vào bụng nạn nhân. Nếu nạn nhân là trẻ bé, chỉ cần ấn hai ngón (ngón trỏ và ngón giữa) vào dưới mũi ức của nạn nhân.

b) Giai đoạn muộn: khi dị vật đã lọt vào phế quản trong phổi:

- Nếu nghi ngờ có dị vật: chuyển bệnh nhân đến bệnh viện có khả năng chẩn đoán và có thiết bị lấy dị vật qua nội soi.

- Nếu có bằng chứng viêm phổi, cần áp dụng liệu pháp kháng sinh như một trường hợp viêm phổi nặng trước và cả sau khi lấy dị vật.

https://tieulun.hopto.org

BỆNH UNG THƯ PHẾ QUẢN - PHỔI

1. Định nghĩa

- Ung thư phế quản - phổi là một u ác tính xuất phát từ phế quản.

- Ung thư phế quản - phổi còn được gọi là ung thư phổi nguyên phát.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây bệnh ung thư phế quản - phổi chưa được biết đầy đủ. Tuy nhiên, có một vài nguyên nhân đã được nêu như:

- Chất độc ở khói thuốc lá.
- Quặng phóng xạ và quặng chứa coban.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Ho: triệu chứng này hay gặp và thường xuất hiện sớm.
- Đờm, đôi khi có lẫn máu.
- Ho ra máu: là dấu hiệu đầu tiên của ung thư phổi.
- Đờm trở nên nhiều hơn, có mủ và mùi thối nếu khối u bị nhiễm khuẩn.
- Đau ngực, đau gian sườn hoặc đau đốt sống nếu có ung thư di căn ở xương.
- Khó thở, có thể kèm theo tiếng thở rít do khối u gây hẹp phế quản hay khí quản.

Ngoài các dấu hiệu trên, còn có thể gặp:

- Chứng xanh tím và ngón tay dùi trống.

https://tieulun.hopto.org

- Liệt dây thần kinh quặt ngược và khàn tiếng hoặc tổn thương dây thần kinh hoành và nấc.

4. Các thể lâm sàng

a) Thể hẹp phế quản

Hẹp một nhánh phế quản và niêm mạc phế quản có thể bị loét gây nên triệu chứng ho ra máu. Có hiện tượng giãn phế quản ở phía trên vị trí của phế quản bị hẹp.

b) Thể trung thất: có khối u ở trung thất ngay cạnh rốn phổi, có thể gây chèn ép trung thất.

c) Thể nhiễm khuẩn phổi

- Bị nhiễm khuẩn thứ phát và có dấu hiệu như bệnh viêm phổi.
- Tiến triển như áp xe phổi hoặc hoại thư phổi.

d) Thể viêm màng phổi: dấu hiệu lâm sàng học của bệnh là dấu hiệu của viêm màng phổi và dịch màng phổi có nhuốm máu.

e) Thể di căn ngoài phổi: thời kỳ đầu của bệnh có biểu hiện những dấu hiệu của tổn thương di căn ở hạch trên xương đòn, ở não, ở gan hoặc ở xương.

5. Tiến triển

Tiến triển của bệnh thường nặng, có thể gây tử vong sau khoảng thời gian một năm kể từ khi phát hiện bệnh.

6. Chẩn đoán xác định

Dựa vào dấu hiệu:

https://tieulun.hopto.org

- Khởi đầu của bệnh âm ỉ với triệu chứng: ho, ho ra máu hoặc khó thở do phế quản bị hẹp.

- Có dấu hiệu tràn dịch màng phổi và có máu ở dịch màng phổi.

- Có dấu hiệu đầu tiên của bệnh là dấu hiệu của di căn ung thư ở hạch trên xương đòn, ở não...

7. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Bệnh lao phổi.
- Viêm phổi, áp xe phổi.
- Nhồi máu phổi.
- Xẹp phổi do dị vật phế quản.
- Nấm phổi.

8. Điều trị

a) Điều trị triệu chứng

- Điều trị nhiễm khuẩn bằng thuốc kháng sinh.
- Dùng thuốc an thần và giảm đau.
- Cho thở oxy.

b) Điều trị phẫu thuật

Cắt bỏ khối u trong phế quản.

VIÊM PHẾ QUẢN - PHỔI

Viêm phế quản - phổi còn gọi là viêm phổi thuỳ hay viêm phổi tiểu thuỳ.

1. Nguyên nhân

- Phế cầu khuẩn là nguyên nhân rất quan

https://tieulun.hopto.org

trọng gây nên viêm phổi (hay viêm phế quản phổi) vì phế cầu khuẩn luôn tồn tại trong khí đạo của người bình thường.

- Tụ cầu khuẩn vàng: viêm phế quản - phổi do tụ cầu vàng có thể là biến chứng của bệnh cúm, bệnh sởi, bệnh tụ cầu ở da...

- Liên cầu khuẩn: do nhóm liên cầu khuẩn tan máu, có thể xảy ra sau bệnh nhiễm khuẩn khác như viêm họng, cúm, sởi hoặc có thể xảy ra nguyên phát.

Ghi chú: bệnh viêm phổi luôn luôn xảy ra sau một bệnh nhiễm khuẩn các khí đạo do vi rút như cảm sốt, viêm họng, viêm khí quản...

2. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh bắt đầu bằng cơn rét run và sốt cao 39 - 40^0C.

- Khó thở, môi hơi xanh tím và da đẫm mồ hôi.

- Có vết loét ở môi hay ở mặt.

- Ở trẻ em có thể có triệu chứng co giật. Ở người cao tuổi có thể thể hiện rối loạn tâm thần, chán ăn.

- Đau ngực ở vị trí có tổn thương.

- Ho khạc đờm màu gỉ sắt (trong trường hợp viêm phổi do phế cầu khuẩn), màu vàng lục (trong trường hợp viêm phổi do tụ cầu khuẩn) hoặc đờm nhầy mủ có lẫn máu (trong trường hợp viêm phổi do liên cầu khuẩn).

https://tieulun.hopto.org

3. Tiến triển

a) Trong tuần lễ đầu

- Sốt duy trì khoảng 39 - 40^{0}C.
- Đờm nhầy mủ, màu vàng.
- Vàng da nhẹ.

b) Vào tuần thứ hai

- Nhiệt độ đột nhiên giảm.
- Toát mồ hôi.

c) Tiến triển xấu

- Có trạng thái sốc.
- Có chứng xanh tím.
- Khó thở nặng.
- Tim đập nhanh.
- Giảm huyết áp.

4. Biến chứng

a) Biến chứng ở phổi

- Nhiễm khuẩn rộng ở nhiều thuỳ phổi.

- Xẹp phân thuỳ hay xẹp thuỳ phổi: bệnh do nút nhầy mủ ở trong một phế quản gây nên.

- Áp xe phổi: sốt và khạc nhiều đờm dai dẳng.

- Viêm phổi mạn tính: thuỳ phổi có thể bị tổn thương xơ hoá và mất chức năng.

b) Biến chứng ở trong lồng ngực

- Viêm màng phổi: thường xuất hiện viêm màng phổi thanh tơ (dịch màng phổi trong hoặc vàng nhạt) hoặc viêm màng phổi mủ. Có viêm mủ

https://tieulun.hopto.org

màng phổi khi tràn dịch màng phổi không tiêu đi, các dấu hiệu sốt và đau ngực tồn tại lâu dài.

- Viêm màng ngoài tim hoặc viêm mủ màng ngoài tim: có triệu chứng đau trước tim.

c) Biến chứng di căn

- Viêm màng trong tim cấp tính: có triệu chứng sốt, rét run, lách to, tắc mạch nhiễm khuẩn ở phổi, ở màng não hoặc ở khớp.
- Viêm khớp: thường gặp ở người trẻ.
- Viêm màng não: ít gặp.
- Viêm màng bụng: gặp ở trẻ em.
- Viêm tai giữa và viêm xương chũm là những biến chứng hay gặp ở trẻ em.
- Viêm thận, viêm tuyến mang tai, áp xe da.

d) Biến chứng tim mạch

- Tim đập nhanh, nhịp xoang.
- Suy tim: có dấu hiệu gan to và phù.
- Trạng thái sốc có dấu hiệu giảm huyết áp, nhiệt độ thấp, xanh tím.

e) Biến chứng dạ dày - ruột

- Vàng da: nguyên nhân của vàng da do thiếu oxy của tế bào gan và tiêu hồng cầu ở nơi phổi bị viêm.
- Tắc ruột liệt.

f) Biến chứng thần kinh

Gặp phần lớn ở người nghiện rượu với triệu chứng: vật vã, hoang tưởng.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

https://tieulun.hopto.org

- Xẹp phổi.
- Viêm màng phổi.
- Áp xe phổi.
- Nhồi máu phổi: gặp ở người mắc bệnh tim, nhiệt độ không tăng cao như trong bệnh viêm phổi.
- Ung thư phổi.
- Giãn phế quản.
- Trạng thái bụng cấp: viêm phổi ở thuỳ dưới bên phải có thể có dấu hiệu như bệnh viêm đường mật cấp tính, viêm ruột thừa hay viêm màng bụng.

6. Điều trị

a) Điều trị nhiễm khuẩn bằng thuốc kháng sinh

Cần phối hợp hai loại kháng sinh trở lên.

b) Điều trị triệu chứng

- Có chế độ ăn uống hợp lý để chống mất nước của cơ thể người bệnh.
- Điều trị đau ngực: dùng thuốc codein 0,5g x 2-3 lần/24 giờ bằng đường uống.
- Dùng thuốc an thần: gardenal 0,01g với 3 hoặc 4 lần/24 giờ để điều trị trạng thái vật vã.
- Điều trị trướng bụng bằng thuốc prostigmin 1 - 2ml qua đường tiêm bắp, có thể thụt tháo.
- Điều trị trạng thái sốc: dùng thuốc long não, cafein.
- Cho thở oxy trong trường hợp xanh tím và khó thở nặng.
- Điều trị suy tim khi cần thiết.

https://tieulun.hopto.org

VIÊM PHỔI DO VI RÚT

Viêm phổi do vi rút còn gọi là viêm phổi không điển hình.

1. Định nghĩa

Viêm phổi do vi rút là thâm nhiễm viêm phổi do một loại vi rút.

2. Nguyên nhân

a) Vi rút đã được xác định

- Thâm nhiễm viêm phổi do vi rút gây bệnh cúm (vi rút Corona).

- Thâm nhiễm viêm phổi do vi rút gây tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, vi rút gây viêm gan dịch tễ, vi rút hạch, vi rút gây viêm màng mạch - màng não tăng bạch huyết bào cấp tính lành tính.

- Thâm nhiễm viêm phổi do vi rút gây sốt phát ban, vi rút sởi, vi rút gây bệnh thuỷ đậu và bệnh đậu mùa.

- Thâm nhiễm viêm phổi do vi rút Rickettsia gây bệnh sốt Rickettsia phát ban, bệnh sốt nổi mụn.

b) Vi rút chưa được xác định

Tác nhân gây ra thâm nhiễm viêm phổi có khả năng là các chất tiết siêu lọc lấy ở người bệnh viêm phổi không điển hình.

Ghi chú: bệnh viêm phổi do vi rút truyền từ người nọ sang người kia bởi các chất tiết hô hấp và lan tràn trong các vụ dịch.

https://tieulun.hopto.org

3. Triệu chứng

Viêm phổi không điển hình xuất hiện dưới dạng một vụ dịch, có triệu chứng khởi đầu thường âm ỉ, không khởi đầu cấp tính.

- Sốt không quá 39^0C.
- Người bệnh mệt, chán ăn, suy yếu.
- Nhức đầu.
- Ho khan thành cơn, sau đó ho có đờm nhầy mủ, đôi khi lẫn máu.
- Khó thở và tim đập nhanh không thể hiện rõ ràng, ngay cả khi có sốt cao.

4. Tiến triển

- Nhiệt độ giảm từ từ sau 1 - 2 tuần lễ.
- Thời kỳ lại sức khá chậm: người bệnh cảm thấy suy nhược và triệu chứng ho có thể kéo dài trong nhiều tuần lễ, tuy nhiên bệnh thường khỏi hẳn.
- Biến chứng có thể gặp: bội nhiễm vi khuẩn thường dễ gây nên viêm tai, viêm mủ màng phổi, viêm phổi, viêm xoang. Có thể gặp biến chứng giãn phế quản, thiếu máu tan huyết cấp tính.

5. Chẩn đoán

a) Chẩn đoán xác định viêm phổi do vi rút

Dựa vào các dấu hiệu:

- Sốt, các dấu hiệu toàn thân.
- Ho khan dai dẳng; sau đó, ho có đờm nhầy mủ.

https://tieulun.hopto.org

- Trong địa bàn đang có dịch sốt vi rút.

b) Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh sau đây:

- Lao thâm nhiễm ở phổi.

- Hội chứng Loeffler: có tổn thương ở phổi và tăng bạch cầu ưa acid trong máu.

Nguyên nhân gây hội chứng Loeffler là giun đũa, giun móc.

- Viêm phổi do vi khuẩn.

6. Điều trị

- Thuốc kháng sinh có tác dụng điều trị dự phòng nhiễm vi khuẩn sinh mủ.

- Điều trị triệu chứng khi cần thiết.

U DI CĂN Ở PHỔI

- U di căn ở phổi còn được gọi là ung thư phổi thứ phát.

- Các ung thư tiên phát thường gây ra di căn ở phổi là:

+ Ung thư vú.
+ U tuyến thượng thận, u tinh hoàn.
+ Ung thư dạ dày và tuyến tụy.
+ Ung thư tuyến tiền liệt.
+ Ung thư nhau thai.
+ Ung thư tuyến giáp.

https://tieulun.hopto.org

1. Triệu chứng

Các u di căn ở phổi nhiều khi không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

U di căn ở phổi ít khi có triệu chứng lâm sàng giống như triệu chứng của ung thư phổi nguyên phát.

2. Điều trị

Dùng quang tuyến liệu pháp.

SUY HÔ HẤP

1. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây nên suy hô hấp là:

a) Suy thông khí do tắc: có thể gặp trong các trường hợp tắc phế quản, khí thũng phổi.

b) Suy thông khí do hạn chế

Có đặc điểm là giảm theo tỷ lệ của tất cả các thể tích phổi, có thể gặp trong các bệnh:

- Xơ phổi.
- Dính màng phổi.
- Tràn khí màng phổi.
- Thủ thuật cắt bỏ phổi hoặc cắt ép sườn.

c) Kết hợp suy do tắc và suy do hạn chế

Ta có thể gặp trong các bệnh gây tổn thương bộ thần kinh - cơ của thông khí, như:

- Tổn thương não.
- Chứng nhược cơ.

https://tieulun.hopto.org

- Bệnh viêm tuỷ xám.

d) Các dị tật của sự phân bố không khí cho phế nang

Các dị tật này là nguyên nhân gây thiếu oxy, thường gặp trong các bệnh:

- Khí thũng phổi.
- Hen phế quản.
- Viêm phế quản - phổi, ung thư phế quản - phổi.

e) Các dị vật chẹn phế nang - mao quản

Các dị tật này làm giảm sự khuếch tán các khí giữa phế nang và mao quản. Người ta gặp trong các bệnh xơ phổi lan toả, bệnh nhiễm bụi silic.

2. Triệu chứng

Có thể thấy biểu hiện các hội chứng sau đây:

- Hội chứng suy thông khí: có các triệu chứng sau:

+ Khó thở, chủ yếu là khó thở ra.

+ Ý thức u ám và đôi khi có trạng thái hôn mê do khí CO_2 bị giữ lại trong phổi và trong hệ tuần hoàn.

+ Ra nhiều mồ hôi.

+ Tăng áp lực động mạch.

- Hội chứng rối loạn phế nang - mao mạch: có dấu hiệu thở sâu và thở nhanh.

- Hội chứng suy tim phải: có các dấu hiệu lâm sàng như sau:

+ Tim phải bị giãn to.

+ Tăng áp lực động mạch phổi.

https://tieulun.hopto.org

+ Gan to.

+ Phù mặt và hai chi dưới.

+ Tăng CO_2 trong máu.

3. Điều trị

a) Điều trị nguyên nhân

- Suy thông khí do tắc:

Cách xử trí:

+ Dùng thuốc làm giãn phế quản.

+ Dùng thuốc long đờm.

+ Hút các chất tiết trong phế quản và dẫn lưu cơ học các phế quản.

+ Tập thở.

- Suy thông khí do hạn chế: tuỳ theo nguyên nhân gây suy thông khí do hạn chế, người ta xử trí suy thông khí này bằng cách: chọc hút dịch màng phổi, loại bỏ chỗ dính màng phổi hoặc loại bỏ tràn khí màng phổi.

- Rối loạn phế nang - mao mạch: có thể dùng thuốc corticoid để làm giảm hiện tượng chẹn phế nang - mao mạch.

b) Dùng liệu pháp oxy

Có thể được áp dụng để điều trị cho mọi thể suy hô hấp.

c) Điều trị suy tim

- Dùng thuốc trợ tim.

- Dùng thuốc lợi niệu.

- Cho chế độ ăn không có muối.

https://tieulun.hopto.org

BỆNH NHIỄM BỤI SILIC Ở PHỔI

1. Định nghĩa

Bệnh nhiễm bụi silic ở phổi là bệnh phổi mạn tính do hít phải bụi silic, gây nên chứng xơ kẽ tiến triển và lan rộng ở phổi.

2. Nguyên nhân

Do hít phải bụi silic (SiO_2) hoặc silicat. Những chất này tồn tại trong thiên nhiên và là thành phần quan trọng của các quặng mỏ và các thứ đất bao phủ bề mặt trái đất. Bụi silic hoặc silicat có nhiều trong đá hoa cương.

- Thời gian tiếp xúc của một người để mắc bệnh nhiễm bụi silic ở phổi phụ thuộc vào ba yếu tố:

+ Nồng độ bụi silic ở trong không khí hít vào phổi.

+ Kích thước của các mảnh bụi silic rất nhỏ, có đường kính dưới 10 micron (1micron có giá trị bằng một phần 1000 milimet).

+ Tính cảm thụ của từng cơ thể.

- Các nghề tiếp xúc nhiều với bụi silic:

+ Thợ mỏ, thợ đẽo đá, thợ đúc.

+ Thợ làm khuôn đúc bằng cát hoặc tháo khuôn đúc bằng cát (lau sạch khuôn bằng tia cát).

+ Thợ làm thuỷ tinh, thợ mài.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Người mắc bệnh nhiễm bụi silic ở phổi không thể hiện triệu chứng trong thời gian dài.

https://tieulun.hopto.org

- Dấu hiệu toàn thân kín đáo: mệt mỏi, sốt thường do biến chứng của nó là bệnh lao phổi gây nên.

- Khó thở nhẹ và ho có khạc đờm ít.

- Có thể kèm theo những rối loạn khớp giống như rối loạn của viêm nhiều khớp mạn tính.

4. Tiến triển

Bệnh phổi nhiễm bụi silic là một bệnh mạn tính nên tiến triển dần dần và gây ra xơ phổi.

Bệnh tiến triển nặng có thể gây ra: bệnh tim do phổi mạn tính (có dấu hiệu tim đập nhanh và chứng xanh tím), bệnh lao phổi thứ phát hoặc bệnh viêm phế quản - phổi.

5. Điều trị

- Không có cách điều trị nguyên nhân của bệnh phổi nhiễm bụi silic.

- Điều trị các biến chứng của bệnh như: bệnh lao phổi, suy tim hoặc bệnh viêm phế quản - phổi, tuỳ theo từng trường hợp cụ thể.

6. Phòng bệnh

Phòng bệnh giữ một vai trò quan trọng. Các biện pháp phòng bệnh được áp dụng như:

- Người làm việc có tiếp xúc với bụi silic hay silicat được trang bị các dụng cụ bảo hộ lao động như: găng tay, khẩu trang.

- Giữ vệ sinh cá nhân sau khi lao động.

https://tieulun.hopto.org

- Người lao động thường xuyên được kiểm tra phổi và chức năng hô hấp.

TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

1. Định nghĩa

Tràn dịch màng phổi còn được gọi là tràn dịch màng phổi thanh tơ hoặc viêm màng phổi thanh tơ. Tràn dịch màng phổi thanh tơ là viêm màng phổi cấp tính có kèm rỉ dịch nhiều.

2. Nguyên nhân

Tràn dịch màng phổi hoặc viêm màng phổi thường bắt nguồn từ các ổ viêm dưới màng phổi. Các bệnh ở phổi thường gặp là:

- Lao phổi, thường gặp ở người trẻ.
- Ung thư phổi nguyên phát hay di căn: gặp ở người cao tuổi.
- Viêm phổi hoặc viêm phế quản - phổi.
- Áp xe phổi.
- Nhồi máu phổi.

Ngoài các bệnh phổi, nguyên nhân gây bệnh còn do các bệnh:

+ Bệnh ở bộ phận lân cận như: áp xe dưới cơ hoành, áp xe gan, viêm trung thất.

+ Bệnh toàn thân như: bệnh thấp khớp cấp, một số bệnh nhiễm khuẩn.

+ Gãy xương sườn do chấn thương lồng ngực.

https://tieulun.hopto.org

3. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt khoảng 38^0 - 39^0C.

- Đau ngực.

- Khó thở: triệu chứng khó thở tăng hay giảm tuỳ thuộc vào khối lượng dịch trong ổ màng phổi.

- Trung thất di chuyển sang phía phổi bình thường.

- Giảm độ di động của lồng ngực theo nhịp thở ở bên phổi tổn thương.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Chứng đau ngực ở thời kỳ đầu của tràn dịch màng phổi thanh tơ.

- Xẹp phổi: lồng ngực bên tổn thương có thể lép xuống.

- Viêm màng phổi: không có triệu chứng sốt.

- Viêm màng ngoài tim: có triệu chứng đau ở vùng trước tim.

5. Điều trị

a) Điều trị nguyên nhân gây bệnh

- Dùng thuốc kháng sinh. Có thể phối hợp với thuốc cortison hoặc các dẫn chất của nó.

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường bệnh chừng nào người bệnh còn sốt.

b) Điều trị triệu chứng đau

Có thể dùng các biện pháp:

- Ủ nóng tại chỗ.

https://tieulun.hopto.org

- Bất động bên ngực có tổn thương.

- Dùng thuốc giảm đau: 1/4mg x 2 - 3 lần mỗi ngày đối với atropin hoặc dùng codein 0,05g x 2 - 3 lần mỗi ngày.

- Dùng novocain tiêm phong bế thần kinh liên sườn hoặc tiêm cạnh cột sống.

- Có thể dùng morphin tiêm dưới da với liều lượng 0,01g.

c) Chọc tháo dịch màng phổi: khi khối lượng dịch trong ổ màng phổi nhiều và gây khó thở làm cho người bệnh khó chịu.

BỆNH LAO PHỔI

Bệnh lao phổi là bệnh nhiễm khuẩn ở phổi do trực khuẩn lao gây nên. Trực khuẩn lao còn được gọi là trực khuẩn Koch. Bệnh có thể cấp tính hay mạn tính, khu trú ở phổi hay lan ra nhiều bộ phận trong cơ thể. Tổn thương ở phổi gây nên do trực khuẩn lao là phản ứng tiết dịch của tế bào phổi và sự tạo ra tổn thương loét, viêm, xơ, củ hoặc những đám vôi hoá.

1. Nguyên nhân

Trực khuẩn lao hay còn được gọi là trực khuẩn Koch.

2. Đường gây bệnh

Trực khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể chủ yếu bằng hai đường:

https://tieulun.hopto.org

- Đường hô hấp: trực khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể qua đường khí - phế quản và gây tổn thương lao đầu tiên ở phổi. Phế quản thuỳ dưới bên phải là con đường trực tiếp nhất, cho nên tổn thương lao đầu tiên có thể khu trú ở thuỳ dưới bên phải.

Tổn thương lao đầu tiên được gọi là ổ lao sơ nhiễm.

- Đường tiêu hoá: trực khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể qua đường tiêu hoá được thấy chủ yếu ở những vùng có bệnh lao bò và sữa bò không được đun sôi hoặc không được xử lý khử trùng bằng phương pháp Pasteus. Trực khuẩn lao người cũng có thể xâm nhập bằng đường tiêu hoá.

Tổn thương là ổ lao sơ nhiễm ở niêm mạc ruột.

Khi có tổn thương là ổ lao sơ nhiễm ở phổi thì có kèm theo tổn thương ở hạch khí - phế quản. Ngoài ra, người ta còn thấy có viêm bạch mạch nối liền ổ lao sơ nhiễm với hạch. Cũng như ở phổi, ổ lao sơ nhiễm ở niêm mạc ruột có kèm theo tổn thương lao ở hạch mạc treo ruột và viêm bạch mạch liên quan.

3. Các đường lan ra cơ thể của trực khuẩn lao

Sau khi trực khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể để gây nên tổn thương lao sơ nhiễm thì khả năng miễn dịch của người bệnh đối với bệnh lao giảm và làm giảm sức đề kháng của cơ thể với bệnh lao. Do đó, người bệnh dễ bị tái nhiễm lao

https://tieulun.hopto.org

hoặc dễ xảy ra sự lan rộng của tổn thương lao sơ nhiễm.

Trực khuẩn lao có thể lan ra cơ thể bằng các con đường khác nhau:

- Lan theo đường máu: trực khuẩn lao từ ổ lao sơ nhiễm đi theo đường máu để vào phổi, gây nên thể lao cấp tính gọi là lao kê. Ngoài ra, trực khuẩn lao còn theo đường máu để xâm nhập vào các bộ phận khác để gây nên:

+ Lao màng não.
+ Lao màng phổi.
+ Lao màng bụng.
+ Lao màng ngoài tim.
+ Lao hạch.

- Lan theo đường bạch huyết: trực khuẩn lao còn reo rắc tổn thương theo đường bạch huyết. Hiện tượng lan rộng theo đường bạch huyết gặp chủ yếu trong quá trình lao sơ nhiễm.

Tuy nhiên, sự lan rộng của trực khuẩn lao theo đường bạch huyết kết hợp với theo đường máu xảy ra ở thời kỳ sau lao sơ nhiễm để gây nên các tổn thương lao ngoài phổi như: lao hạch, lao sinh dục - tiết niệu...

Người ta cũng lưu ý thêm rằng: trực khuẩn lao được đưa tới phổi (chủ yếu ở vùng dưới xương đòn) từ các hạch ở trung thất đã bị nhiễm lao trong thời kỳ lao sơ nhiễm bằng đường bạch huyết hay đường máu để gây tổn thương loét bã đậu do lao ở phổi. Đó là thuyết tái nhiễm nội sinh

https://tieulun.hopto.org

của bệnh lao phổi thể thâm nhiễm loét bã đậu ở người lớn.

- Lan rộng theo đường khí - phế quản: trực khuẩn lao từ một tổn thương đang hoạt động của lao sơ nhiễm (thuộc ổ sơ nhiễm) có thể được vận chuyển theo con đường phế quản để gây tổn thương ở phần khác của phổi.

Trong bệnh lao thâm nhiễm loét bã đậu, cũng có thuyết cho rằng trực khuẩn lao được đưa tới vùng phổi có tổn thương bằng sự bội nhiễm theo khí - phế quản. Đó là thuyết tái nhiễm ngoại sinh của bệnh lao phổi thể thâm nhiễm loét bã đậu ở người lớn.

4. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt: mới đầu triệu chứng sốt kín đáo, chủ yếu về buổi tối. Sốt có thể tăng cao tới 39^0C hoặc hơn nữa trong thời gian dài.

- Suy nhược cơ thể và tâm thần: dấu hiệu này thể hiện sớm và khá hằng định.

- Gầy sút và chán ăn: dấu hiệu xuất hiện muộn ở thời kỳ bệnh đang tiến triển xấu.

- Ra mồ hôi ban đêm. Người ta còn gọi nôm na là ra mồ hôi trộm.

- Ho: lúc đầu, người bệnh ho khan dần dần ho có đờm và ho cơn, đờm trắng hoặc màu vàng khi có nhiễm khuẩn thứ phát, có thể có nhuốm máu ở đờm.

- Tim đập nhanh.

https://tieulun.hopto.org

- Khó thở: dấu hiệu khó thở xuất hiện khi tổn thương đã tồn tại lâu ngày hoặc lan rộng ở phổi.

5. Biến chứng

a) Ho ra máu

Ho ra máu là biến chứng thường gặp của bệnh lao phổi. Ho ra máu có thể chỉ gây ra một số vết màu đỏ dính vào đờm khạc ra hoặc có khối lượng máu đỏ tươi lớn. Ho ra máu xuất hiện trong quá trình tiến triển của bệnh lao phổi có hang hay tổn thương xơ ở các phế nang.

Ho ra máu với khối lượng lớn có thể làm cho người bệnh tử vong.

Tính chất của ho ra máu là người bệnh khạc ra những cục máu đông màu đỏ sẫm. Hiện tượng này gọi là đuôi ho ra máu.

Nguy cơ chính của triệu chứng ho ra máu là làm lan truyền trực khuẩn lao sang những phần phổi còn lành.

Những cục máu đông có thể làm tắc một phế quản và gây nên xẹp phân thuỳ phổi hoặc thuỳ phổi tương ứng.

b) Tràn khí màng phổi

Tràn khí màng phổi là một biến chứng nặng của bệnh lao phổi.

Tràn khí màng phổi là kết quả của hiện tượng vỡ vào trong ổ màng phổi của tổn thương lao phổi thuộc một trong các loại sau đây:

- Hang lao ở phần phổi ngoại vi.

https://tieulun.hopto.org

- Bóng khí của khí thũng phổi thứ phát sau lao xơ.

- Ổ bã đậu dưới màng phổi.

c) Viêm màng phổi khô và viêm màng phổi thanh tơ

d) Viêm mủ màng phổi do lao

Nguyên nhân gây viêm mủ màng phổi ở người mắc lao phổi là trực khuẩn Koch và vi khuẩn gây mủ thông thường. Bệnh xuất hiện do sự nung mủ của tràn dịch thanh tơ hoặc do tràn khí màng phổi thứ phát có kèm lỗ rò giữa phế quản và màng phổi.

e) Lao khí - phế quản

Tất các mọi thể lao phổi đều có thể gây biến chứng tổn thương lao phế quản. Lao khí - phế quản có thể gây hẹp phế quản và người bệnh có triệu chứng thở rít.

Trong lao phế quản, có tổn thương loét và những đám thâm nhiễm niêm mạc phế quản. Khi tổn thương đã khỏi, có di chứng là sẹo co rút gây hẹp các phế quản và làm xẹp phân thuỳ phổi tương ứng.

f) Lao thanh quản

Bệnh bắt nguồn từ sự xâm nhập kéo dài của đờm chứa trực khuẩn lao vào trong các khí đạo trên.

Triệu chứng đầu tiên của lao thanh quản là khàn tiếng.

Lao thanh quản có thể gây nên biến chứng là viêm tai giữa do lao và dần dần làm cho người mắc lao phổi trở thành điếc.

https://tieulun.hopto.org

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh chủ yếu sau đây:

- Trạng thái loạn thần kinh chức năng:

+ Suy nhược thể lực và tâm thần.

+ Đánh trống ngực và tim đập nhanh.

- Rối loạn nội tiết và chuyển hoá:

+ Bệnh tăng năng tuyến giáp (bệnh Basedow): có dấu hiệu chuyển hoá cơ bản cao.

+ Bệnh đái tháo đường:

▪ Suy nhược thể lực và tâm thần cùng gầy sút.

▪ Sự phối hợp giữa tiểu đường và bệnh lao phổi thường gặp và có tiến triển xấu.

- Trạng thái sốt: khi gặp người bệnh có triệu chứng sốt là chủ yếu và đơn độc thì cần chú ý phân biệt với các bệnh:

+ Nhiễm khuẩn máu.

+ Bệnh thương hàn.

+ Viêm màng trong tim chậm.

+ Sốt do nắng nóng, do rối loạn thân nhiệt.

- Bệnh khí thũng phổi: thường bệnh khí thũng phổi có phối hợp với viêm phế quản mạn tính hoặc bệnh khí thũng phổi phối hợp với bệnh lao phổi.

Bệnh khí thũng phổi có các triệu chứng lâm sàng như sau:

+ Suy nhược, gầy sút.

+ Ho có đờm.

- Bệnh bụi phổi: bệnh bụi phổi chủ yếu cần phân biệt là bệnh phổi nhiễm bụi silic.

https://tieulun.hopto.org

- Bệnh giãn phế quản: bệnh giãn phế quản và bệnh lao phổi có những triệu chứng lâm sàng chung:

+ Ho có nhiều đờm.

+ Ho ra máu.

Tuy nhiên, trong bệnh lao phổi thường được chú ý khai thác nguồn lây lao do người bệnh có thời gian tiếp xúc.

- Viêm phổi thuỳ: triệu chứng lâm sàng của viêm phổi thuỳ ở thời kỳ bắt đầu dữ dội hơn bệnh lao phổi. Các dấu hiệu lâm sàng của viêm phổi thuỳ có đặc điểm:

+ Sốt cao, thường trên 39^0C.

+ Triệu chứng thể hiện cấp tính và tiến triển nhanh.

- Áp xe phổi: có triệu chứng lâm sàng sốt cao, đau ngực và bệnh tiến triển cấp tính; ho có đờm màu vàng và lượng đờm nhiều.

- Ung thư phế quản - phổi: gặp ở người cao tuổi, ho có đờm nhuốm máu đỏ tươi.

- Bệnh tim mạch: các bệnh hẹp lỗ van hai lá và nhồi máu phổi có triệu chứng lâm sàng ho ra máu.

7. Tiến triển

a) Tiến triển tốt

Bệnh lao phổi có tiến triển tốt khi người bệnh được điều trị đúng phương pháp và kịp thời. Bệnh tiến triển tốt được gặp trong các trường hợp:

- Tổn thương nhỏ ở một bên phổi.

https://tieulun.hopto.org

- Người bệnh khạc đờm ít và trong đờm không có trực khuẩn Koch.

b) Tiến triển xấu

Bệnh lao tiến triển xấu được gặp trong các trường hợp:

- Điều trị không đúng phương pháp và điều trị muộn.

- Tổn thương ở phổi rộng và nặng: tổn thương ở cả hai phổi, tổn thương có hang và tiết dịch nhiều, tổn thương xơ.

- Tổn thương lao biểu hiện ở bộ phận ngoài phổi như: viêm màng não do lao, viêm đa màng do lao, lao tiết niệu - sinh dục...

8. Điều trị

a) Hình thức điều trị

- Điều trị tại bệnh viện: được áp dụng cho người mắc bệnh lao phổi có trực khuẩn lao (trực khuẩn Koch) trong đờm và người có tổn thương nặng ở phổi.

Điều trị tại bệnh viện có kết quả tốt hơn là điều trị tại nhà (còn gọi là điều trị ngoại trú) vì:

+ Người bệnh không gây lây bệnh cho người xung quanh, nhất là trẻ em trong gia đình.

+ Người bệnh được nhân viên y tế chăm sóc và theo dõi bệnh tốt.

+ Người bệnh được chăm sóc theo một chế độ ăn nhiều calo và cân bằng tốt.

https://tieulun.hopto.org

+ Người bệnh có chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi điều độ giúp tăng cường thể lực và tâm thần.

+ Người bệnh được phát hiện kịp thời các dấu hiệu lâm sàng học để đánh giá đúng tiến triển của bệnh.

- Điều trị tại nhà: điều trị tại nhà được áp dụng cho người mắc lao phổi có tiến triển tốt, ho không có đờm hoặc ít đờm, trong đờm không có trực khuẩn lao và tổn thương ở phổi nhỏ không tiết dịch.

Điều trị tại nhà được thực hiện trong các điều kiện sau đây:

+ Người bệnh không gây bệnh lao cho người xung quanh, trong gia đình nhất là gây bệnh cho người suy yếu và trẻ em.

+ Người bệnh tuân thủ đúng phương pháp điều trị và dùng đủ các thứ thuốc đã được nhân viên y tế quy định.

+ Người bệnh thực hiện đúng thời gian kiểm tra bệnh của nhân viên y tế.

b) Nguyên tắc điều trị

Điều trị bệnh lao cần tuân theo các nguyên tắc sau đây:

- Nguyên tắc 1: điều trị phối hợp các thuốc kháng sinh chống lao. Cần phối hợp ba thuốc kháng sinh chống lao trở lên để có kết quả tốt.

- Nguyên tắc 2: điều trị bệnh lao theo đúng thời gian quy định. Điều trị không đều đặn và bỏ

https://tieulun.hopto.org

dở điều trị là nguyên nhân làm cho bệnh tiến triển xấu và không khỏi.

Ngày nay, phương pháp điều trị trực tiếp ngắn hạn (gọi tắt là DOTS) là phương pháp có hiệu quả.

Phương pháp DOTS quy định thời gian điều trị bệnh lao phổi là 6 tháng.

Có những trường hợp lao phổi nặng cần thời gian điều trị kéo dài hơn, khoảng từ 9 tháng đến 12 tháng theo chỉ định của nhân viên y tế tuỳ điều kiện của mỗi trường hợp cụ thể.

- Nguyên tắc 3: điều trị có kiểm soát. Điều trị có kiểm soát là điều trị có cộng đồng trách nhiệm giữa thầy thuốc và người bệnh; nhằm đảm bảo đúng thuốc, đủ thuốc vào cơ thể người bệnh và đủ thời gian điều trị theo quy định. Dựa vào nguyên tắc điều trị này mà người ta dùng hình thức điều trị tại nhà đối với bệnh lao.

- Nguyên tắc 4: điều trị có theo dõi tai biến của thuốc, theo dõi trực khuẩn lao trong đờm và theo dõi diễn biến của bệnh.

c) Các thuốc chủ yếu điều trị bệnh lao

- Isoniazid (INH): INH còn được gọi là rimifon.

+ Liều lượng dùng: 5 - 8mg/1kg/24 giờ.

+ Thuốc viên có hàm lượng 0,05g hoặc 0,01g một viên, dùng theo đường uống.

- Pyrazinamid (PZA):

+ Liều lượng dùng: 30mg - 40mg/1kg/24 giờ.

https://tieulun.hopto.org

+ Thuốc viên có hàm lượng 0,50g/viên, dùng theo đường uống.

- Rifampicin (hoặc rifamycin):

+ Liều lượng dùng: 10 - 12mg/1kg/24 giờ.

+ Thuốc viên có hàm lượng 0,15g hoặc 0,3g/viên, dùng theo đường uống.

- Ethambutol: dùng theo đường uống.

+ Liều lượng dùng: 15mg/1kg/24 giờ.

+ Thuốc viên có hàm lượng 0,400g/1 kg/viên.

- Streptomycin:

+ Liều lượng dùng 15 - 20mg/1kg/24 giờ.

+ Thuốc tiêm dạng bột có hàm lượng 1g mỗi lọ, dùng theo đường tiêm bắp.

9. Phòng bệnh

Các biện pháp được áp dụng để phòng bệnh lao.

- Tiêm vaccin BCG: tiêm vaccin BCG cho trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi.

- Phát hiện nguồn lây lao chủ yếu: nguồn lây lao chủ yếu là người mắc bệnh lao phổi có trực khuẩn lao trong đờm. Phát hiện nguồn lây lao và điều trị dứt điểm là biện pháp phòng bệnh chủ động có kết quả tốt.

- Xây dựng màng lưới chống lao nhằm thực hiện và theo dõi công tác điều trị người mắc bệnh lao và thực hiện công tác phòng chống bệnh lao.

https://tieulun.hopto.org

CHẤN THƯƠNG LỒNG NGỰC

1. Triệu chứng

Chấn thương lồng ngực có thể xuất hiện các triệu chứng sau đây:

- Trạng thái sốc: dấu hiệu trạng thái sốc thường gặp trong chấn thương lồng ngực. Nguyên nhân chủ yếu là tràn máu màng phổi và phổi.
- Ho ra máu: nguyên nhân là tổn thương ở phổi.
- Đau dữ dội: do gẫy các xương sườn gây nên.
- Khó thở nặng do tràn khí màng phổi hay tràn máu màng phổi xuất hiện khi bị chấn thương lồng ngực.
- Tràn khí dưới da, xẹp phổi.

2. Điều trị

a) Chỉ định có liên quan với điều trị nội khoa

- Điều trị trạng thái sốc:

Có thể áp dụng các biện pháp:

+ Truyền máu, truyền huyết thanh.

+ Dùng thuốc morphin để làm giảm đau. Khi dùng morphin, cần lưu ý thuốc morphin có thể gây nên tình trạng suy trung tâm hô hấp và làm giảm phản xạ gây ho. Do đó, có thể dẫn đến tình trạng ứ tiết phế quản do tích tụ chất nhầy trong hệ thống phế quản.

+ Gây tê các dây thần kinh liên sườn bằng cách phong bế novocain để tránh tác hại của thuốc morphin.

https://tieulun.hopto.org

- Điều trị tràn máu màng phổi:

+ Điều trị nhiễm khuẩn bằng thuốc kháng sinh. Có thể phối hợp với thuốc hydrocortison bơm vào ổ màng phổi để tạo điều kiện thuận lợi cho sự tiêu máu của tràn máu màng phổi.

+ Chọc tháo máu từ từ và thận trọng để không làm chảy máu thêm.

- Điều trị tràn khí màng phổi: rút hơi trong ổ màng phổi khi người bệnh có khó thở nặng và trung thất bị di chuyển nhiều.

- Điều trị xẹp phổi: hút nội phế quản.

b) Điều trị ngoại khoa

Điều trị phẫu thuật đối với tổn thương giập nát phần mềm và xương ở lồng ngực.

HỒI SINH HÔ HẤP "MIỆNG KỀ MIỆNG" BẰNG CÁCH THỔI KHÔNG KHÍ THỞ RA

1. Cần kiểm tra sự lưu thông của khí - phế quản. Nếu có hiện tượng ứ tiết thì cần giải phóng lòng khí quản để thông suốt, lấy hàm giả ra ngoài (nếu có).

2. Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu ngửa ra, kéo hàm dưới lên cao.

3. Thổi không khí thở ra của nhân viên y tế vào trong khí - phế quản của người bệnh, tránh thổi quá mạnh, chỉ cần lồng ngực người bệnh hơi giãn nở là đủ.

https://tieulun.hopto.org

Cách tiến hành như sau:

- Nhân viên y tế giữ cho đầu người bệnh ngửa ra. Kề môi vào môi của người bệnh bị ngạt thở, đồng thời bịt hai lỗ mũi người bệnh lại và thổi không khí thở ra của nhân viên y tế.

- Nhân viên y tế cũng có thể áp môi của mình vào mũi của người bệnh bị ngạt thở, đồng thời đẩy hàm dưới của người bệnh khít chặt vào hàm trên và thổi không khí thở ra của mình vào mũi người bệnh.

- Nếu khi nhân viên y tế thổi không khí vào người bệnh mà không thấy có sự giãn nở lồng ngực thì có thể nghĩ đến chướng ngại vật trong khí - phế quản.

Lúc đó cần đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản để xử trí cấp cứu.

4. Để người bệnh thở ra một cách thụ động: nhân viên y tế thứ hai có thể làm cho người bệnh thở ra được sâu hơn bằng cách ép lồng ngực.

5. Sau một vài lần thổi nhanh, nhân viên y tế tiếp tục thổi từ 10 đến 12 lần mỗi phút.

6. Theo dõi vùng thượng vị: dạ dày có thể chứa đầy không khí và giãn ra. Khi đó, nhân viên y tế phải ép vùng thượng vị trong khi người bệnh thở ra.

DỰ PHÒNG TẮC KHÍ - PHẾ QUẢN

Tắc khí - phế quản là nguyên nhân thường gặp nhất của triệu chứng ngạt thở. Vì vậy, cần

https://tieulun.hopto.org

phải đặt người bệnh (đặc biệt là người bệnh bị hôn mê, mất tri giác) nằm ở tư thế đúng.

1. Tư thế đúng để ngăn chặn ngạt thở

a) Tư thế nằm nghiêng

- Người bệnh được đặt nằm nghiêng về bên phải hoặc bên trái.
- Luồn một hay nhiều gối đệm dưới hông để cho hông cao hơn đầu.
- Đầu phải hướng xuống đất và hơi ưỡn ra.
- Hàm dưới đưa ra phía trước để cho lưỡi tách khỏi thành sau của hầu. Như vậy, các dịch tiết của phế quản, của miệng và hầu, của mũi dễ được chảy tháo ra ngoài qua miệng.
- Có thể hút các chất nhầy ở trong miệng ra bằng ống thông.

b) Tư thế nằm sấp

- Người bệnh được đặt nằm sấp.
- Chân giường của người bệnh nằm được kê cao lên để mặt phẳng của giường tạo với mặt phẳng nằm ngang một góc từ 10^0 đến 15^0.
- Có thể luồn một hoặc nhiều cái gối đệm dưới hông.
- Đầu người bệnh được đặt thẳng với trục của thân thể, khi thì lèn má trái, khi thì lèn má phải.
- Tay đặt cao ngang đầu.
- Hút chất nhầy ở trong miệng ra bằng ống thông.

https://tieulun.hopto.org

2. Theo dõi chức năng hô hấp

Theo dõi chức năng thở của người bệnh cần dựa vào các điểm sau đây:

- Số nhịp thở trong một phút.
- Sự đều đặn của nhịp thở.
- Nghe tiếng thở bằng tai trần: tiếng thở tốt, không được ầm ĩ hơn tiếng thở trong giấc ngủ bình thường.
- Cử động của lồng ngực bình thường đối xứng và đồng bộ. Nếu có hiện tượng cử động của lồng ngực không đối xứng thì cho ta nghĩ tới có xẹp phổi.

3. Tư thế không đúng

Người bệnh hôn mê, mất tri giác không bao giờ được đặt ở tư thế nằm ngửa. Ở tư thế nằm ngửa, có các biểu hiện sau đây dễ gây tắc khí - phế quản:

- Hàm dưới tụt ra sau và phần sau của lưỡi làm tắc hầu.
- Phần dưới của khí quản thấp hơn phần trên nên gây ra sự ứ đọng các chất tiết ở trong phế quản.
- Các chất tiết ở miệng, mũi và hầu chảy vào khí quản.

https://tieulun.hopto.org

Chương III

CÁC BỆNH TIÊU HOÁ

BỆNH Ở LƯỠI

1. Đau lưỡi

Đau lưỡi cùng nghĩa với đau dây thần kinh lưỡi.

- Nguyên nhân:

+ Loạn thần kinh chức năng.

+ Thiếu máu ác tính (ít khi gặp).

+ Hội chứng Plummer - Vinson, pellagre, spru.

- Điều trị:

+ Chữa theo nguyên nhân.

+ Dùng liệu pháp tinh thần.

+ Dùng thuốc giảm đau, các loại vitamin B1, B6.

2. Tưa lưỡi

Tưa là viêm miệng có bựa.

- *Nguyên nhân:* bệnh do nấm phát sinh trên một số niêm mạc, chủ yếu là niêm mạc miệng. Thường do nấm Candida albicans.

Chủ yếu gặp ở trẻ em và người già suy nhược.

https://tieulun.hopto.org

- Triệu chứng:

+ Mảng tưa xuất hiện ở trên lưỡi: đầu tiên có một ban đỏ bóng và đau sau đó là mảng tưa màu trắng nhạt có bề mặt không đều.

+ Nhai và nuốt đau.

- *Tiến triển*: tưa có thể lan vào họng, vào thực quản. Có thể gây bệnh ở dạ dày, ở phổi.

- Điều trị:

+ Súc miệng với dung dịch natri bicarbonat bão hoà hoặc với dung dịch tím gentian 1/10000.

+ Nystatine 500000UI x 3 viên/24h (đối với người lớn) (UI = đơn vị quốc tế).

Trẻ em < 6 tuổi: dịch treo uống 100000UI trong 1ml x 2-3 lần/24h.

Trẻ em 6 - 15 tuổi: 500000UI x 1 viên/24h.

3. Lưỡi đen

Lưỡi đen là tình trạng phì đại các nhú dạng chỉ của phần sau lưỡi. Các nhú này trở thành màu xám hoặc đen nhạt, không đau.

Bệnh này thường không rõ nguyên nhân, đôi khi thấy bệnh xuất hiện trong dịp sử dụng thuốc kháng sinh đa trị.

Điều trị: chưa có phương pháp điều trị.

4. Lưỡi loang

Lưỡi loang cùng nghĩa với viêm lưỡi tróc mảng có bờ.

- Triệu chứng:

https://tieulun.hopto.org

+ Trên mặt lưỡi, xuất hiện các vùng tróc mảng không đều, giới hạn bởi một cái gờ trắng loang vòng.

+ Không đau.

- Bệnh căn: lưỡi loang hay xảy ra ở những thành viên cùng một gia đình.

- Điều trị: chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu.

BỆNH THỰC QUẢN

1. Viêm thực quản

Viêm thực quản là trạng thái viêm cấp hay mạn tính của thực quản.

- Căn nguyên gây bệnh:

+ Nuốt những chất kích thích hay mủ (do nhiễm trùng miệng hoặc họng).

+ Nôn mửa nhiều (do tiếp xúc với dịch vị).

+ Dồn ngược dạ dày - thực quản: gặp trong thoát vị hoành và trong các dị dạng tâm vị, phình vị của dạ dày.

+ Lao, giang mai, nấm: ít gặp.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó nuốt nặng.

+ Nôn ra máu (ít gặp).

+ Bệnh nặng: dẫn tới hẹp thực quản.

- Điều trị:

+ Điều trị nguyên nhân gây bệnh: tìm nguyên nhân để chữa.

https://tieulun.hopto.org

+ Ăn lỏng.

+ Trong trường hợp hẹp khít thực quản thì cần nong rộng chỗ hẹp.

2. Chẹt thực quản

Chẹt thực quản còn gọi là hẹp thực quản lành tính.

- Căn nguyên bệnh:

+ Di chứng viêm thực quản.

+ Dị vật.

+ Loét thực quản.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó nuốt.

+ Nếu tổn thương ban đầu lên sẹo thì khó nuốt nặng dần lên.

- Điều trị:

+ Nong rộng thực quản.

+ Duy trì trạng thái dinh dưỡng đầy đủ.

+ Tiêm truyền dung dịch mặn đẳng trương, glucose và cho dùng các acid amin, viên đạm...

3. Co thắt thực quản

Co thắt thực quản là rối loạn chức năng về khả năng vận động của thực quản. Cần phân biệt với co thắt tâm vị.

- Nguyên nhân gây bệnh: thường xảy ra ở người nghiện thuốc lá.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Đau ở vùng trước tim.

https://tieulun.hopto.org

+ Nấc.

+ Có khi nôn khan.

- Điều trị:

+ Thuốc chống co thắt: buscopan (10mg/viên) x 3 - 4 viên/24h; spasfon (80mg/viên) x 4 - 6 viên/24h; lyophilisat (lyoc) (80mg/viên) x 3 - 4 viên/24h.

+ Bỏ hút thuốc lá.

4. Loét thực quản

- Nguyên nhân gây bệnh:

+ Ợ dịch vị.

+ Tiết dịch vị ở tầm thực quản do những mảnh niêm mạc dạ dày lạc chỗ.

+ Thoát vị qua khe thực quản.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó nuốt.

+ Đau ở sau xương ức hay ở họng, thường xuất hiện ngay sau khi nuốt thức ăn.

- Điều trị:

+ Tránh các thức ăn kích thích, quả xanh, rau và bánh mì.

+ Thuốc an thần, chống tiết cholin với belladon (uống giọt), tiêm atropin dưới da.

+ Thuốc băng bó dạ dày: bismuth sous - nitrat; các chất kiềm: như natri bicarbonat, magiê carbonat.

5. Giãn tĩnh mạch thực quản

Giãn tĩnh mạch thực quản là giãn các tĩnh mạch dưới niêm mạc ở phần xa của thực quản.

https://tieulun.hopto.org

- Nguyên nhân gây bệnh: tăng áp lực tĩnh mạch cửa do tắc bên trong hoặc bên ngoài gan (như các bệnh: xơ gan Laennec, hội chứng Banti, nghẽn tĩnh mạch cửa).

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Gan to.

+ Dịch trong màng bụng (cổ trướng).

+ Tuần hoàn bàng hệ kèm theo phình tĩnh mạch thực quản.

+ Lách to.

+ Có thể gây chảy máu đường tiêu hoá.

- Điều trị:

+ Nghỉ ngơi tuyệt đối.

+ Chế độ ăn nhiều protein và glucid.

+ Vitamin A, B.

+ Cho viên sắt, cao gan.

+ Khi có phù và cổ trướng: chế độ ăn nhạt, dùng thuốc lợi tiểu như clorothiazid, Spironolacton 400mg - 800mg/24h.

6. Thực quản to

Là bệnh với đặc điểm: tăng kích thước thực quản.

- Nguyên nhân gây bệnh:

+ Bẩm sinh.

+ Do chức năng hoặc do co thắt tâm vị.

+ Do hẹp phì đại tâm vị, ung thư tâm vị.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó nuốt, đau lan lên cổ.

+ Rối loạn do sự tích đọng thức ăn ở trong túi

https://tieulun.hopto.org

thực quản: đè ép trung thất có kèm theo khó thở và xanh tím.

+ Ợ sau khi ăn.

- Biến chứng: ợ có kèm hít vào trong phế quản gây viêm phế quản - phổi.

- Điều trị:

+ Chữa nội khoa và nong rộng dần trong co thắt tâm vị.

+ Phẫu thuật: trong các thể thứ phát và bẩm sinh.

7. Ung thư thực quản

- Hoàn cảnh xuất hiện: xuất hiện chủ yếu sau 30 tuổi, ở nam nhiều hơn nữ.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Có cảm giác nặng hoặc đau rát ở sau xương ức.

+ Khó nuốt, ợ và đau.

+ Gầy sút nhanh.

+ Hiếm gặp: hạch ở cổ, đi ngoài ra máu đen, nôn ra máu, nhiễm trùng phổi, liệt dây thần kinh quặt ngược, lỗ rò thực quản - khí quản.

- Tiên lượng: dễ tử vong sau 6 đến 12 tháng.

- Điều trị:

+ Thông bằng ống hoặc thủ thuật mở thông dạ dày nhằm giúp cho bệnh nhân ăn uống.

+ Liệu pháp quang tuyến: kém hiệu quả, có nguy cơ chảy máu và thủng thực quản.

+ Phẫu thuật cắt bỏ khối u.

https://tieulun.hopto.org

8. Túi thừa thực quản

Túi thừa thực quản là thoát vị niêm mạc thực quản qua các lớp cơ.

- Phân loại: có hai loại

+ Túi thừa do đẩy hoặc túi thừa họng - thực quản: có vị trí ở vùng cổ và do gắng sức nuốt miếng thức ăn xuống.

+ Túi thừa do co kéo: có vị trí ở khoảng chẽ đôi của khí quản hay ở ngang đầu của phế quản gốc. Nguyên nhân do sự co kéo ở chỗ dính của thực quản với một hạch bị viêm mạn tính.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó nuốt.

+ Ợ và gầy sút.

+ Hơi thở nhiều khi thối.

– Điều trị: mổ đối với túi thừa do đẩy.

9. Thủng thực quản

- Nguyên nhân:

+ Sau một vết loét thực quản.

+ Ung thư thực quản.

+ Chấn thương khi soi thực quản hay do chấn thương lồng ngực.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Thủng vào trung thất: gây viêm trung thất.

+ Thủng vào phế quản: gây viêm phổi.

+ Thủng vào màng phổi, màng tim: gây viêm mủ màng phổi, màng tim.

+ Vỡ thực quản tự nhiên: gây biến chứng tràn

https://tieulun.hopto.org

khí trung thất và dưới da, đôi khi gây tràn dịch màng phổi hai bên.

- Điều trị:

+ Dùng thuốc kháng sinh.

+ Can thiệp phẫu thuật.

VIÊM MIỆNG

Viêm miệng là viêm các niêm mạc trong khoang miệng. Người ta phân viêm miệng làm nhiều loại:

1. Viêm miệng tiết dịch

Còn gọi là viêm miệng ban đỏ.

- Nguyên nhân:

+ Vệ sinh răng miệng kém, thức ăn có quá nhiều gia vị, rượu và thuốc lá.

+ Do nhiễm khuẩn: bệnh sởi.

+ Do thiếu máu ác tính.

+ Do nhiễm độc thuỷ ngân (Hg), chì (Pb), arsenic.

- Triệu chứng: miệng bị nóng, đau, nhất là khi tiếp xúc với thức ăn.

- Điều trị: súc miệng bằng các dung dịch kiềm.

2. Viêm miệng APTƠ

- Nguyên nhân không rõ, có thể do vi rút, dị ứng hoặc thức ăn.

- Triệu chứng lâm sàng:

https://tieulun.hopto.org

+ Có mụn nước giống như mụn nước Herpes; chứa dịch trắng như sữa ở môi, đầu lưỡi, ở niêm mạc má. Các mụn này vỡ ra ở ngày thứ hai hoặc ba để biến thành các vết loét.

+ Có rối loạn dạ dày và hơi thở thối.

+ Sốt nhẹ.

- Điều trị: dùng thuốc súc miệng, họng (betadin), corticoid (prednisolon), thuốc tê.

3. Viêm miệng có bựa: đó là bệnh tưa lưỡi (xem bài: tưa lưỡi).

4. Viêm miệng loét màng (còn gọi là viêm miệng Vincent).

5. Viêm miệng hoại thư (còn gọi là cam tẩu mã).

Gặp chủ yếu ở trẻ em. Bệnh thường xuất hiện sau bệnh do liên cầu khuẩn tan máu.

- Triệu chứng:

+ Sốt cao.

+ Vết loét ở các mô trong miệng, thường bắt đầu ở má.

- Điều trị:

+ Dùng kháng sinh.

+ Khử trùng tại chỗ.

KHÓ TIÊU

Khó tiêu là hiện tượng tiêu hoá khó khăn. Hiện tượng này chỉ các rối loạn chức năng của dạ

https://tieulun.hopto.org

dày mà tổn thương của dạ dày không thể phát hiện được.

1. Nguyên nhân

- Sai lầm về ăn uống: ăn quá nhiều thức ăn nhiều mỡ hoặc quá nóng, nhai không kỹ, thức ăn đã bị hư biến.
- Lạm dụng rượu, cà phê, thuốc lá.
- Nuốt hơi, táo bón.
- Lao tâm và lao lực.
- Tư thế ngồi và tư thế trong lao động không hợp lý.
- Chấn thương tâm thần.

2. Khó tiêu phát sinh sau một bệnh ở đường tiêu hoá hoặc ở ngoài bộ máy tiêu hoá

- Khó tiêu sau viêm dạ dày, loét dạ dày, ung thư dạ dày.
- Khó tiêu sau một bệnh tiêu hoá ngoài dạ dày như: rối loạn gan, túi mật, viêm gan, sỏi túi mật, viêm ruột, ký sinh trùng đường ruột.
- Khó tiêu sau: rối loạn tiết niệu - sinh dục.
- Khó tiêu sau: rối loạn nội tiết, lao phổi, tăng urê huyết, suy tim...

3. Triệu chứng lâm sàng

- Rối loạn dạ dày: cảm giác nặng ở thượng vị, nóng rát, căng phồng, co kéo.
- Chứng đau có thể xảy ra muộn sau bữa ăn

https://tieulun.hopto.org

giống như đau do loét (bệnh cường lực) hoặc rối loạn dạ dày xảy ra sớm (bệnh giảm lực).

- Chán ăn, buồn nôn, ợ hơi, đôi khi có nôn mửa.
- Trướng khí dạ dày, lưỡi tưa, hôi miệng và hõm thượng vị hơi đau khi ấn vào.
- Rối loạn vận động dạ dày.

4. Điều trị

- Ăn đều đặn, nhai kỹ; tránh rượu, gia vị, cà phê, thuốc lá.
- Chữa trướng khí dạ dày và táo bón.
- Trong thể bệnh giảm lực: dung dịch muối, acid clohydric, pepsin.
- Trong thể bệnh cường lực: chống co thắt và thuốc an thần (như dùng belladon, bismuth carbonat), liệu pháp tâm thần.

TRƯỚNG KHÍ DẠ DÀY

Là tình trạng tăng hơi ở dạ dày, đôi khi làm cho dạ dày bị căng phồng.

1. Nguyên nhân gây bệnh

- Rối loạn thần kinh tại chỗ.
- Mất trương lực cơ của thành dạ dày hoặc của nửa cơ hoành trái.

2. Triệu chứng

Triệu chứng của bệnh tùy thuộc vào từng thể bệnh:

https://tieulun.hopto.org

- Thể dạ dày - ruột: ợ hơi, trướng bụng, cảm giác nặng thượng vị.

- Thể tim: đánh trống ngực, đau ở vùng trước tim (có thể làm ta nhầm với chứng đau thắt ngực).

- Thể khó thở: giống bệnh hen.

- Thể thần kinh: sợ hãi ban đêm, nhức đầu, nhịp tim nhanh.

3. Điều trị

- Liệu pháp tâm thần để chống sự sợ hãi, tránh gây nuốt hơi thật sự.

- Chữa các dị tật mũi họng nếu có.

- Chế độ ăn: nhiều protein, ít carbon hydrat và mỡ.

- Thuốc an thần, chống co thắt.

RỐI LOẠN TIÊU HOÁ CHỨC NĂNG

Rối loạn tiêu hoá chức năng có các bối cảnh sau:

- Xảy ra ở một người mắc một bệnh thực thể ở hệ tiêu hoá (ví dụ: lỵ amip).

- Người bị rối loạn tâm thần và lại có một tổn thương thực thể ở ống tiêu hoá (như: loét dạ dày - tá tràng, co thắt tâm vị).

- Người bị rối loạn tiêu hoá nhưng khi khám thì không phát hiện được tổn thương ở hệ tiêu hoá.

1. Triệu chứng lâm sàng

- Tiền sử: không rõ. Có thể trước đó đã có các

https://tieulun.hopto.org

triệu chứng: ợ, đau rát ở vùng thượng vị, chậm tiêu, ỉa chảy hoặc táo bón.

- Có hiện tượng tăng cảm giác (như: đau, co cơ) ở bụng.

2. Điều trị

- Liệu pháp tâm thần: tránh lo sợ, mất ổn định tinh thần.
- Chế độ ăn: lành và cân bằng, nhai kỹ; tránh rượu, cà phê, gia vị...
- Dùng thuốc: phenobarbital, belladon.

TÁO BÓN CHỨC NĂNG MẠN TÍNH

Táo bón chức năng là sự khó tháo phân ở ruột già, xảy ra sau một rối loạn chức năng vận động của ruột kết.

1. Nguyên nhân

- Những sai lầm về ăn uống như nhịn uống nước, ăn ít rau làm giảm chất cellulose trong đường tiêu hoá.
- Rối loạn phản xạ đại tiện.
- Rối loạn tâm thần, loạn trương lực thần kinh thực vật.
- Tổn thương hậu môn gây đau, như: trĩ, nứt.
- Thai nghén.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Có thể không có triệu chứng.

https://tieulun.hopto.org

- Có thể có cảm giác khó chịu, đánh trống ngực, nhức đầu.

3. Biến chứng

- Viêm ruột kết: gây đau bụng, táo bón xen kẽ ỉa chảy, phân có chứa màng nhày.
- Bệnh do thuốc nhuận tràng: nếu dùng thuốc nhuận tràng với liều ngày càng tăng thì bệnh nặng thêm, có thể gây ra viêm dạ dày, viêm ruột.
- U phân: gặp nhiều ở tuổi già.

4. Điều trị

a) Với táo bón chức năng đơn thuần

- Chế độ ăn: tăng lượng cellulose có trong hoa quả và rau, uống đủ nước.
- Vận động cơ thể.
- Đại tiện vào giờ nhất định. Có thể dùng 1 viên thuốc đạn glycerin để kích thích phản xạ tháo phân.
- Dùng dầu paraphin.

b) Với táo bón có thêm viêm ruột kết

- Chế độ ăn ít cellulose (để tránh sự kích động ruột kết).
- Dùng atropin để chống co thắt.
- Bismuth: liều lượng tuỳ theo bệnh nhân.
- Thuốc an thần ở những bệnh nhân lo lắng.

VIÊM TẤY DẠ DÀY

Viêm tấy dạ dày là tình trạng dạ dày bị nhiễm vi khuẩn cấp tính.

https://tieulun.hopto.org

1. Nguyên nhân

- Ung thư dạ dày.
- Di chứng phẫu thuật bụng.
- Biến chứng của nhiễm trùng huyết do liên cầu khuẩn.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt, trạng thái lả, nhịp tim nhanh.
- Phản ứng tự vệ cơ ở vùng thượng vị.
- Đau vùng thượng vị, buồn nôn, nôn mửa.

3. Điều trị

- Điều trị triệu chứng đau và nôn.
- Dùng kháng sinh.

VIÊM DẠ DÀY CẤP TÍNH

Đó là tình trạng viêm cấp tính không đặc thù của dạ dày.

1. Nguyên nhân gây bệnh

- Ăn quá nhiều thức ăn có nhiều gia vị, thức ăn nóng, uống rượu.
- Thức ăn nhiễm độc.
- Do hoá chất: nhiều acid hoặc chất kiềm.
- Do vi rút: viêm dạ dày - ruột non do vi rút có thể riêng lẻ hoặc phối hợp với viêm gan do vi rút, cúm...
- Do dị ứng: ăn thức ăn như cá, tôm, cua... gây dị ứng.

https://tieulun.hopto.org

- Do thuốc uống: như iodua, salicylat, amoniclorua...

2. Triệu chứng lâm sàng

- Chán ăn, nôn mửa, ỉa chảy.
- Lưỡi bựa, hơi thở nhiều khi thối.
- Đau vùng thượng vị (nóng rát).

3. Điều trị

- Loại trừ nguyên nhân gây bệnh.
- Cho chế độ ăn lỏng hoàn toàn trong 24 - 48 giờ.
- Thuốc băng bó dạ dày: domperin don (domperindon) 10mg/viên.
- Thuốc trấn tĩnh: an thần.
- Thuốc chống nôn: chlorpromazin, prochlorperazin (stemetil), các thuốc kháng histamin tổng hợp.
- Thuốc giảm đau.

VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH

Là tình trạng viêm mạn tính không đặc thù của niêm mạc dạ dày.

1. Nguyên nhân

- Nhiễm trùng ở miệng, họng, răng.
- Thức ăn nhiều gia vị, quá nóng, ăn nhiều và giờ giấc thất thường.
- Nhiễm độc rượu, thuốc lá.

https://tieulun.hopto.org

- Thuốc iodua, salicylat, corticoid...
- Dị ứng do sữa, trứng, cá.
- Viêm dạ dày thứ phát sau bệnh: loét dạ dày, thiếu máu ác tính.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Chán ăn.
- Đau, nôn mửa, nôn ra máu.
- Cảm giác nặng vùng thượng vị, trướng bụng và đau rát.

3. Biến chứng

Ung thư dạ dày là biến chứng hay gặp khi bị viêm teo dạ dày trong bệnh thiếu máu ác tính.

4. Điều trị

- Chế độ ăn: cho thêm vitamin B và C, không ăn đồ gia vị và đồ ăn lên men, không uống rượu và cà phê, nhai kỹ.
- Chữa các bệnh nhiễm trùng ở răng, miệng.
- Thuốc: chống co thắt dạ dày, thuốc kháng histamin, thuốc dịt dạ dày (bao niêm mạc viêm ở dạ dày), thuốc giảm đau.

LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Là hiện tượng mất chất ở niêm mạc dạ dày, tá tràng.

1. Nguyên nhân

Vi khuẩn Helicobacter - Pylori.

https://tieulun.hopto.org

- Tăng acid chlohydric dịch vị.
- Rối loạn thần kinh thực vật.
- Thuốc corticoid.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau: thường đau ở vùng thượng vị. Đau thường xảy ra sau bữa ăn từ 3 đến 5 giờ (đau có chu kỳ). Thời kỳ đau có thể kéo dài nhiều ngày.
- Buồn nôn: ít xảy ra.
- Chậm tiêu, ợ chua, căng trướng bụng trong các thời kỳ đau.

3. Các thể bệnh theo định khu

a) Loét dạ dày

- Loét bờ cong nhỏ.
- Loét môn vị.
- Loét bờ cong lớn.
- Loét dưới tâm vị.
- Loét ở hai mặt dạ dày.

b) Loét tá tràng: bao giờ cũng gặp loét hành tá tràng. Loét tá tràng ở đoạn thứ hai (đoạn dưới) rất hãn hữu và nếu có thì bao giờ cũng ở trên bóng Vater.

4. Biến chứng

- Chảy máu: nôn ra máu hoặc đi ngoài phân đen.
- Thủng dạ dày: có triệu chứng đau như dao đâm ở vùng thượng vị. Sờ bụng thấy bụng cứng do co cứng cơ bụng.

https://tieulun.hopto.org

- Hẹp môn vị hoặc hẹp giữa dạ dày trong trường hợp loét bờ cong nhỏ. Bệnh nhân đau liên tục và nôn ra thức ăn của bữa trước.

- Ung thư hoá: trong trường hợp vết loét ở phần nằm ngang của bờ cong nhỏ hay của bờ cong lớn.

- Loét chai và viêm quanh tạng: gây viêm quanh dạ dày, dính gan vào tuyến tụy...

5. Điều trị

- Nghỉ ngơi.

- Ăn sữa, tránh thức ăn kích thích, quả xanh, rau và bánh mì.

- Thuốc: dùng thuốc an thần (gardenal), thuốc liệt phó giao cảm (belladon), thuốc băng vết loét (cimetidin, kavét).

- Diệt trừ H.Pylori với clarithromycin kết hợp với omeprazol và tinidazol.

- Điều trị phẫu thuật khi có biến chứng: thủng dạ dày, chảy máu hệ tiêu hoá, hẹp môn vị.

UNG THƯ DẠ DÀY

1. Nguyên nhân

Nguyên nhân của ung thư dạ dày cho đến nay vẫn chưa được biết rõ.

Tuy nhiên các bệnh: loét dạ dày, polyp dạ dày, viêm dạ dày mạn tính có thể tiến triển tới thoái hoá ác tính.

https://tieulun.hopto.org

2. Triệu chứng lâm sàng

a) Triệu chứng sớm

Có tính chất báo động, gặp ở người quá cao tuổi, phần lớn ở nam giới.

- Rối loạn ở dạ dày: đau và khó chịu ở vùng thượng vị.
- Gày sút, chảy máu ở đường tiêu hoá.
- Hội chứng loét dạ dày kéo dài.

b) Giai đoạn toàn phát

- Đau có tính chất bất định.
- Suy mòn.
- Có thể có hội chứng hẹp môn vị.

3. Các thể bệnh định khu

- Ung thư ở cao: ung thư dưới tâm vị hoặc ung thư ở phình vị.
- Ung thư môn vị: có kèm hội chứng hẹp môn vị.
- Ung thư giữa dạ dày: có thể gây ra hẹp giữa dạ dày.
- Ung thư ở bờ cong lớn: không có triệu chứng trong một thời gian khá lâu.

4. Tiến triển

- Các biến chứng có thể gặp: chảy máu ồ ạt, hẹp môn vị, thủng vào tuyến tụy hoặc vào ruột kết.
- Tử vong: sau vài tháng nếu không điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ dạ dày.

5. Điều trị

- Chế độ ăn: ăn ít chất bã, ăn nhiều bữa.

https://tieulun.hopto.org

- Thuốc: dùng thuốc chống co thắt, thuốc chống acid trong dạ dày, thuốc giảm đau, thuốc ngủ (theo yêu cầu).

- Liệu pháp quang tuyến: không có tác dụng.

- Nối thông dạ dày - ruột non: đây là liệu pháp tạm thời.

- Cắt bỏ dạ dày.

U DẠ DÀY LÀNH TÍNH

- U lành tính ở dạ dày là một bệnh hiếm gặp; có thể là:

+ Khối u biểu mô: papilloma, bướu thịt (polyp) lan toả (nhiều khi là tổn thương tiền ung thư)

+ U cơ: u xơ, u mỡ, u mạch, u xoan (khối u này xuất phát từ lớp dưới niêm mạc rồi lan vào các tận cùng thần kinh).

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Khối u lớn: gây ra rối loạn dạ dày.

+ Khối u ở gần tâm vị hoặc môn vị gây ra dấu hiệu hẹp.

+ Chảy máu cấp tính hoặc mạn tính.

- Điều trị: phẫu thuật.

3. Điều trị

Phẫu thuật đối với khối u ác tính và lành tính.

SA NIÊM MẠC DẠ DÀY

Sa niêm mạc dạ dày là tình trạng có quá

https://tieulun.hopto.org

nhiều nếp niêm mạc trong vùng trước môn vị: nếu chúng khá dài thì chúng có thể bị kéo mãi vào trong tá tràng qua môn vị.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Đau vùng thượng vị nặng thêm lên trong các bữa ăn.

+ Cảm giác căng bụng và đau rát.

+ Buồn nôn, nôn mửa.

+ Chảy máu dạ dày: hiếm gặp.

Có khi sa niêm mạc dạ dày phối hợp với loét dạ dày - tá tràng hoặc viêm phì đại dạ dày.

- Điều trị: nội khoa như đối với loét dạ dày - tá tràng.

VIÊM RUỘT THỪA CẤP TÍNH

1. Nguyên nhân

- Sự ứ đọng phân và các chất tiết trong ruột thừa bị nhiễm trùng.

- Tắc ruột thừa: do sỏi ruột thừa, do chỗ gấp khúc của ruột thừa.

- Do ký sinh trùng, do liên cầu trùng.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt: có thể không sốt cao.

- Buồn nôn, nôn mửa, chán ăn.

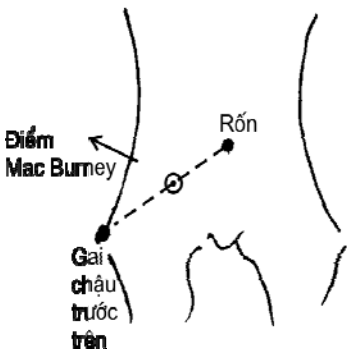
- Đau ở hố chậu phải, đặc biệt là đau ở điểm Mac Burney.

Đau mạnh và rõ hơn khi thành bụng tự nhiên

https://tieulun.hopto.org

giãn so với khi ấn. Đôi khi gập đùi một cách cưỡng ép thì gây đau (đó là dấu hiệu cơ thắt lưng).

Phản ứng tự vệ cơ: hệ cơ ở hố chậu phải co lại và phản ứng rõ ràng hơn khi ta ấn vào hố chậu phải.



3. Các thể bệnh lâm sàng

- Viêm ruột thừa ở người già: thường biểu hiện âm ỉ. Dấu hiệu đầu tiên là viêm màng bụng.

- Viêm ruột thừa sau ruột tịt: co cứng của cơ bụng khu trú ở mạn sườn phải hay là ở vùng góc sườn đốt sống phải.

- Viêm ruột thừa trái: dễ nhầm với viêm ruột xích ma (sigma).

4. Biến chứng

- Viêm ruột thừa khu trú thành áp xe ruột thừa, áp xe có thể thủng vào các nội tạng.

- Viêm màng bụng lan rộng.

- Các biến chứng khác: viêm tĩnh mạch cửa, tắc liệt ruột, tắc mạch phổi.

https://tieulun.hopto.org

5. Điều trị

- Phẫu thuật cấp cứu.

- Sau phẫu thuật phải thực hiện các biện pháp sau:

+ Theo dõi cân bằng dịch và các chất điện giải.

+ Thuốc kháng sinh.

+ Chữa triệu chứng: thuốc giảm đau, liệu pháp oxy.

+ Chữa tắc liệt ruột.

TẮC RUỘT

Tắc ruột là bệnh do một chướng ngại vật cản trở hoàn toàn hoặc một phần sự chuyển động của chất chứa trong ruột.

1. Nguyên nhân

a) Tắc ruột cơ học

- Nguyên nhân ngoại lai: thoát vị nghẹt ở bên trong hoặc bên ngoài, khối u ngoài ruột, xoắn ruột.

- Các nguyên nhân nội tại: khối u ở ruột non, lồng ruột, dị vật (như giun đũa, sỏi ruột), viêm ruột, tích tụ phân, thắt nghẹt ở bên trong do túi thừa Meckel.

- Lồng ruột: xảy ra chủ yếu ở trẻ em. Lồng ruột hay có ở vị trí khoảng van hồi - tịt (giữa ruột hồi và tuột tịt), có kèm theo hiện tượng ruột hồi chui vào trong ruột tịt hoặc ruột kết.

https://tieulun.hopto.org

- Túi thừa Meckel và các polyp ruột là điều kiện tốt cho lồng ruột.

b) Tắc ruột phản xạ hoặc do liệt ruột

Nguyên nhân:

- Căng phồng bàng quang, cơn đau sỏi gan, cơn đau sỏi thận.
- Xoắn u nang buồng trứng, u xơ tử cung.
- Viêm: viêm ruột thừa, viêm tuyến tụy, viêm màng bụng.
- Chấn thương: gẫy cột sống, đụng giập bụng, thoát vị đĩa đệm cấp tính...

c) Tắc ruột do chuyển hoá

- Cường lực hay co cứng: tăng urê huyết.
- Vô lực: thiếu oxy huyết cấp tính, rối loạn chất điện phân (giảm natri huyết, giảm kali huyết).

2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau: đau bụng cách hồi kịch phát là triệu chứng cổ điển của tắc ruột, vị trí đau có thể chỉ dẫn về nơi ruột bị tắc.

Tính chất của cơn đau: đau có thể liên miên hoặc cơn đau tối cấp.

- Táo bón và ngừng lưu chuyển hơi.
- Ỉa ra máu: là một dấu hiệu hoại thư.
- Tăng nhu động: xảy ra đồng thời với triệu chứng đau.
- Trướng bụng: có thể lan toả hoặc khu trú.
- Nôn mửa: ruột càng bị tắc ở cao thì càng nôn mửa nhiều.

https://tieulun.hopto.org

- Dấu hiệu toàn thân: mệt mỏi, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, có thể mất nước.

3. Tiến triển

Có những khả năng sau:

- Thuyên giảm tự nhiên: xảy ra trong tắc ruột phản xạ.
- Tắc ruột cách hồi: gặp trong khối u dạng polyp, tắc ruột mật và dị vật.
- Viêm màng bụng.
- Tiến triển đến giai đoạn kiệt sức.

4. Điều trị

a) Điều trị nội khoa

- Tiếp nước và chữa các rối loạn chất điện phân (như kali, natri). Thường dùng dung dịch NaCl đẳng trương và dung dịch glucose.
- Có thể bổ sung: tiêm truyền huyết tương, dùng các acid amin, vitamin.
- Điều trị trướng bụng: đặt ống thông Miller Abbot có hút liên tục.
- Liệu pháp oxy.

b) Điều trị ngoại khoa: phẫu thuật được thực hiện trong đa số trường hợp.

VIÊM HẠCH MẠC TREO RUỘT

Tên khác: viêm hạch bạch huyết mạc treo ruột.

https://tieulun.hopto.org

1. Nguyên nhân

- Bệnh lao, ung thư, sarcom, bệnh Hodgkin.
- Bệnh do vi rút, vi khuẩn, ký sinh trùng hoặc dị ứng.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau bụng ở dưới thấp.
- Sốt, chán ăn, buồn nôn, nôn mửa.
- Tăng bạch cầu.
- Tiền sử nhiễm trùng đường hô hấp trên.
- Tiến triển tự nhiên: có thể khỏi, nhưng cũng có thể tái phát.

3. Điều trị

Chữa nguyên nhân và chữa triệu chứng.

CÁC VIÊM RUỘT KẾT* NHIỄM TRÙNG

1. Các viêm đặc thù

Do các vi khuẩn:
- Trực khuẩn thương hàn và phó thương hàn.
- Trực khuẩn Salmonella.
- Trực khuẩn lỵ.

2. Các viêm không đặc thù

Do các nguyên nhân:

---

* Ruột kết: đại tràng.

https://tieulun.hopto.org

- Các vi khuẩn không đặc thù: E.Coli, tụ cầu khuẩn, Proteus, Pseudomonas.

- Do nuốt phải các chất tiết có mủ như trong bệnh viêm mủ xoang, viêm mủ, amiđan, chảy mủ chân răng.

- Do sự có mặt của những vi khuẩn bất thường ở trong đường tiêu hoá: là nguyên nhân của rối loạn tiêu hoá.

3. Triệu chứng lâm sàng

a) Rối loạn toàn thân: sốt, mệt mỏi, nhức đầu, đánh trống ngực.

b) Rối loạn dạ dày - ruột

- Đau khi sờ nắn khung ruột. Viêm ruột kết thối rữa không đau bằng viêm ruột kết lên men.

- Sờ nắn khung chậu trái: có triệu chứng đau tăng và thành bụng co cứng.

- Trướng bụng do hơi tăng trong ruột, trung tiện nhiều và có mùi rất thối trong viêm ruột kết thối rữa.

- Đại tiện nhiều lần trong ngày. Phân màu vàng tươi và có bọt trong viêm ruột kết lên men. Phân màu nâu sẫm và có mùi rất thối trong viêm ruột kết thối rữa.

4. Tiến triển

Có thể gây nên:

- Ứ đọng phân.

- Các acid hữu cơ và amoniac tăng ở phân.

https://tieulun.hopto.org

- Có tăng sinh vi khuẩn Gram (+).

- Gây tổn thương thực thể ở ruột, đặc biệt là ung thư ruột ở người già.

5. Điều trị

- Sinh hoạt điều độ, đại tiện hàng ngày vào giờ nhất định.

- Dùng thuốc an thần để chữa lo âu và trầm uất.

- Ăn uống: tránh thức ăn nhiều cellulose và thức ăn dễ lên men, nhai kỹ thức ăn, tránh thức ăn dễ bị thối rữa (trứng, sữa, phomat lên men); tránh các loại thức ăn như: thịt chế biến để lâu ngày, đồ gia vị, cà phê đặc, rượu...

- Thuốc: bismuth, calci carbonat, men tụy, men lactose (20g vào sáng sớm lúc đói), thuốc chống co thắt cơ trơn khi có triệu chứng đau.

- Điều trị các đợt bệnh cấp tính.

VIÊM RUỘT THẲNG - KẾT CHẢY MÁU

Viêm ruột thẳng - kết chảy máu còn gọi là viêm loét ruột kết.

Đây là bệnh viêm ruột kết mạn tính không rõ nguyên nhân.

Có giả thuyết cho rằng nguyên nhân gây bệnh là: nhiễm vi khuẩn, nhiễm vi rút, dị ứng hoặc do chấn thương tâm lý.

1. Triệu chứng lâm sàng

- Hội chứng lỵ: đại tiện nhiều lần và có máu.

https://tieulun.hopto.org

- Đau bụng, đau mót đại tiện.
- Triệu chứng toàn thân: sốt, chán ăn, gầy sút.

2. Tiến triển

- Bệnh tiến triển từng đợt và trở thành mạn tính.
- Niêm mạc ruột dễ bị chảy máu.

3. Biến chứng

- Thủng ruột kết và viêm màng bụng khu trú, thoái hoá ung thư.
- Thiếu máu, giảm protein huyết, ban da, đau khớp...

4. Điều trị

- Chế độ ăn: tránh rau và quả có chứa nhiều cellucose. Chú ý nguyên nhân dị ứng do thức ăn để tránh, ăn nhiều protein và vitamin.
- Thuốc có sắt, vitamin K (để chống chảy máu).
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc chống co thắt, thuốc an thần (nếu cần), bismuth, calci carbonat.
- Phẫu thuật: mở thông ruột hồi và cắt bỏ ruột kết.

TÚI THỪA CỦA RUỘT KẾT

1. Đặc điểm

Hay gặp ở nam giới, trên 50 tuổi.

Túi thừa thường gặp ở vị trí giao điểm giữa ruột kết xuống và ruột sigma.

https://tieulun.hopto.org

2. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt, đau bụng ở hố chậu trái.
- Buồn nôn, nôn mửa, táo bón và tiêu chảy.
- Chảy máu ở ruột kết.

3. Tiến triển

Túi thừa của ruột kết có thể gây:

- Áp xe khu trú ở hố chậu trái.
- Viêm quanh túi thừa gây hẹp ruột kết và dẫn tới tắc ruột.

4. Chẩn đoán

Dựa vào X quang. Khi có viêm túi thừa thì không thụt baryt (một loại thuốc cản quang).

5. Điều trị

- Ăn thức ăn ít cellulose.
- Thuốc nhuận tràng, thuốc chống co thắt.
- Kháng sinh.
- Thuốc chống xuất huyết: vitamin K.
- Phẫu thuật: trong trường hợp thủng lỗ rò, chảy máu ồ ạt hoặc tắc ruột.

UNG THƯ RUỘT KẾT

Ung thư ruột kết là ung thư đại tràng, thường gặp ở nam giới sau 40 tuổi.

1. Nguyên nhân gây bệnh

- Do polyp ở ruột lan toả.

https://tieulun.hopto.org

- Các polyp giả của viêm ruột thẳng - kết chảy máu. Viêm ruột kết do amip có thể bị thoái hoá ung thư.

2. Triệu chứng

Phụ thuộc vào vị trí của khối u.

a) Ung thư ruột kết phải

- Rối loạn tiêu hoá: trướng bụng, buồn nôn, tiêu chảy và táo bón hay xen kẽ.
- Đau bụng.
- Thiếu máu nặng kiểu nhược sắc hoặc đẳng sắc.
- Xuất huyết ruột thẳng ồ ạt.
- Tắc ruột: ít gặp.

b) Ung thư ruột kết ngang: có thể có triệu chứng của ung thư dạ dày do vị trí của đại tràng ngang.

c) Ung thư ruột kết trái

- Táo bón và tiêu chảy thường hay xen kẽ.
- Đau bụng.
- Thiếu máu và sút cân: xuất hiện chậm hơn ung thư ruột kết phải.
- Nhiễm trùng thành ruột có kèm theo viêm màng bụng khu trú.
- Tắc ruột và bán tắc ruột.

d) Ung thư ruột sigma: ung thư ruột sigma là ung thư hay gây tắc ruột nhất.

Triệu chứng chủ yếu là mót đại tiện giả. Ngoài ra, còn có:

- Khối rắn, không đau ở hố chậu trái.
- Dịch màng bụng: ít gặp.

https://tieulun.hopto.org

- Gan to và mặt gan không đều. Đó là dấu hiệu di căn gan.

3. Chẩn đoán

Chẩn đoán ung thư một kết dựa vào:

- Rối loạn khó tiêu, tiêu chảy và táo bón xen kẽ.
- Phân có máu, thiếu máu, gầy sút.
- Có khối u ở ruột kết.

4. Chẩn đoán phân biệt

a) Ung thư ruột kết phải

Cần phân biệt với:

- Lao ruột hồi - tịt.
- Viêm cuối ruột hồi.
- Áp xe ruột thừa.

b) Ung thư ruột kết trái

Cần phân biệt với:

Viêm ruột thẳng kết chảy máu, viêm túi thừa, u hạt có dị vật.

5. Điều trị

Cắt bỏ toàn bộ ruột kết hoặc cắt bỏ một nửa ruột kết là biện pháp tốt nhất. Ung thư ruột kết ít có hiện tượng xâm lấn di căn nên kết quả mổ tốt: tỷ lệ sống sau 5 năm khoảng 50%.

UNG THƯ RUỘT THẲNG

Ung thư ruột thẳng là ung thư phần cuối của ống tiêu hoá.

https://tieulun.hopto.org

1. Triệu chứng lâm sàng

- Buốt mót: đôi khi có kèm theo cảm giác nằng nặng.
- Tiêu chảy và táo bón xen kẽ.
- Chảy máu: có máu tươi ở phân.
- Có khối u sùi khi khám.

2. Tiến triển

Một số biến chứng có thể gặp:

- Xâm lấn bàng quang, có thể kèm theo lỗ rò ruột thẳng - bàng quang.
- Bịt hai niệu quản, có kèm theo thận ứ nước.
- Lỗ rò ruột thẳng - âm đạo.
- Áp xe quanh ruột thẳng và ụ ngồi - ruột thẳng.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Trĩ, nứt hậu môn: khi có chảy máu ruột thẳng.
- Hẹp lành tính ruột thẳng (do di chứng: phẫu thuật, chấn thương, đẻ...).

4. Điều trị

Phẫu thuật cắt bỏ ruột thẳng.

TRĨ

Trĩ là hiện tượng phình tĩnh mạch hậu môn và ruột thẳng.

Thường gặp ở người lớn.

https://tieulun.hopto.org

1. Nguyên nhân

- Thường hay do thể tạng, đôi khi do di truyền.
- Do táo bón dai dẳng, tiêu chảy, viêm ruột kết, bệnh ở ruột thẳng - sigma, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, phì đại tiền liệt tuyến, suy tim.
- Làm các nghề tĩnh tại.

2. Triệu chứng lâm sàng

a) Trĩ ngoại: búi trĩ có vị trí ở dưới cơ thắt hậu môn, có thể nhìn thấy được.

b) Trĩ nội: búi trĩ ở trên cơ thắt hậu môn, triệu chứng bao gồm:

- Thường không có triệu chứng.
- Một số trường hợp có cảm giác nằng nặng ở hậu môn - ruột thẳng.

3. Biến chứng

- Chảy máu.
- Viêm hậu môn: có dấu hiệu ngứa và đau rát ở hậu môn.
- Cơn đau: đau dữ dội vào lúc đại tiện, xảy ra sau viêm nghẽn một tĩnh mạch ở giữa đám trĩ.
- Nứt hậu môn: thường có vị trí ở phía sau của hậu môn, ở gần rìa hậu môn.

Triệu chứng: đau khi đại tiện, cần giữ vệ sinh sạch sẽ và bôi thuốc mỡ gây tê trước và sau khi đại tiện.

- Sa trĩ: các nhân trĩ bị nghẽn mạch, gây ra sa niêm mạc và là nguyên nhân làm cho trĩ to ra dần dần.

https://tieulun.hopto.org

4. Điều trị

- Giữ vệ sinh sạch sẽ.
- Không để táo bón; kiêng rượu, gia vị và cà phê đặc.
- Thuốc: tribenosid viên nang 400mg, circanetten, daflon 500mg, procto glyvenol.

CHỨNG TEO VÀNG CẤP TÍNH CỦA GAN

Chứng này còn được gọi là bệnh Rokitanski và Frerich. Bệnh gây ra do hoại tử gan tiến triển một cách cấp tính và gây tử vong. Đây là nguyên nhân hay gặp nhất của "vàng da nặng".

Thường gặp ở phụ nữ trung niên.

1. Nguyên nhân

- Nhiễm trùng: viêm gan do vi rút, bệnh do xoắn trùng Leptospira, nhiễm trùng huyết do Perfringens.
- Nhiễm độc: do thai nghén, do phá thai, do phospho và carbon.
- Thứ phát sau một bệnh gan mạn tính: xơ gan, ung thư gan, sỏi mật.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, vàng da.
- Triệu chứng thần kinh: vật vã, lú lẫn, đờ đẫn.
- Xuất huyết: dễ chảy máu khi tiêm, bầm tím và ban xuất huyết ở ngoài da; chảy máu cam và chảy máu lợi ở niêm mạc; nôn ra máu, đái ra máu, băng huyết ở các nội tạng.

https://tieulun.hopto.org

- Dấu hiệu giảm glucose huyết: có triệu chứng run và ra mồ hôi.

- Gan to và đau, có cổ trướng.

- Lách to: ít gặp.

3. Tiến triển

- Mất nước, rối loạn nhịp thở (thở theo kiểu Kussmaul).

- Hôn mê gan.

4. Điều trị

- Tiêm glucose 5% hoặc levulose 10 - 20%.

- Thuốc: vitamin nhóm B, C và K1.

- Điều chỉnh các rối loạn cân bằng nước và các chất điện giải (Na, K, Mg...).

- Điều trị các yếu tố khởi phát: chống nhiễm trùng, điều trị thiếu máu và chảy máu ở đường tiêu hoá.

- Điều trị tăng amoniac huyết, dùng: natri glutamat, kali aspartat, arginin glutamat (modumat).

- Khử trùng ống tiêu hoá và thụt tháo ruột.

VIÊM GAN NHIỄM ĐỘC

Là bệnh gan do các chất độc gây ra.

1. Nguyên nhân

Các chất độc chủ yếu là:

- Clorofor, carbon tetraclorua, rượu.

https://tieulun.hopto.org

- Chì, arsenic, phospho, các muối vàng, antimon.

- Thức ăn: nấm, trai, sò.

- Chất gây trụy thai apiol.

- Nghiện rượu: có vai trò bổ trợ rất quan trọng.

2. Triệu chứng lâm sàng

Teo gan vàng da cấp tính hoặc bán cấp tính: có thể dẫn tới xơ gan nhiễm độc.

- Bệnh cảnh lâm sàng của viêm gan dịch tễ: nhiễm độc tiến triển như viêm gan do vi rút.

- Tiến triển chậm tới xơ gan kiểu Laennec: gây xơ teo gan.

- Viêm gan - thận: có tổn thương thận kèm theo.

- Kết hợp tan máu (hémolyse): gặp trong nhiễm độc nấm.

3. Điều trị

- Điều trị các bệnh viêm gan dịch tễ, teo gan vàng da cấp tính, hôn mê gan.

- Dùng BAL trong trường hợp nhiễm độc kim loại và arsenic (BAL = dimercaprol, biệt dược là antoxol): ống tiêm 1ml/100mg, tiêm bắp sâu.

4. Ghi chú

Cần phân biệt viêm gan nhiễm độc với vàng da do thuốc (do các thuốc phenothiazin, arsenic, các sulfamides gây giảm glucose huyết, các dẫn xuất của thiourea). Loại vàng da do thuốc là do ứ

https://tieulun.hopto.org

mật ở bên trong gan. Các loại thuốc đó gây tổn thương ở tiểu quản mật, có biểu hiện vàng da, tăng phosphatase kiềm và tăng cholesterol trong máu.

VIÊM GAN DẠNG LUPUS

Người ta chưa biết rõ bệnh này là một lupus ban đỏ rải rác thật sự có biểu hiện chủ yếu ở gan hay là một hội chứng tương tự như lupus ban đỏ phát sinh trên một gan bị viêm do vi rút.

1. Triệu chứng lâm sàng

- Vàng da nặng, tái phát.
- Tăng γ globulin huyết.
- Đau khớp, có thể kèm theo tổn thương nội tạng.
- Có tế bào lupus ban đỏ trong máu.

2. Điều trị

- Prednisolon 15mg - 20mg/24h.
- Dùng kết hợp với các thuốc chống sốt rét.

GAN NHIỄM MỠ

Là tình trạng gan nhiễm mỡ hoặc gan thoái hoá mỡ.

Bệnh này có tăng hàm lượng mỡ trong gan, là giai đoạn đầu của xơ gan.

1. Nguyên nhân

- Béo phì, nghiện rượu, thiếu protein, nhiễm trùng mạn tính (như bệnh lao).

https://tieulun.hopto.org

- Các chất độc đối với gan như: phospho, chlorofoc, carbon tetraclorua.

- Thiếu máu, bệnh u vàng.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Có thể gan nhiễm mỡ không có triệu chứng hoặc chỉ gây ra những rối loạn tiêu hoá mơ hồ.

- Các triệu chứng bị che lấp bởi các triệu chứng của bệnh nguyên nhân.

- Sờ nắn gan thấy: gan to, mặt gan nhẵn, không đau và có độ đặc bất định.

- Ngoài ra còn có thể bệnh cấp ác tính có tên là xơ mỡ gan Hutinel - Sabourin.

4. Tiến triển

Bệnh có thể tiến triển thành xơ gan Laënnec.

5. Điều trị

a) Điều trị nguyên nhân

b) Điều trị triệu chứng

- Nghỉ ngơi tuyệt đối.

- Chế độ ăn nhiều protein và ăn nhạt nếu có phù, cổ trướng.

- Điều trị thiếu máu: dùng sắt và các vitamin (B, A, D), dùng cao gan.

UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT

1. Các thể bệnh

Có hai thể bệnh:

https://tieulun.hopto.org

- Thể khởi phát ở gan: có một hoặc nhiều u ác tính. Đôi khi khối u có thể lan ngược dòng vào tĩnh mạch cửa.

- Thể ung thư có gốc ở đường dẫn mật, có nhiều khối u ác tính.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Người bệnh gầy sút nhanh và nhiều.
- Bất động qua các động tác hô hấp.
- Sờ nắn gan thấy: gan to, không đều.
- Vàng da: do đường dẫn mật bị đè ép từ bên ngoài.
- Sốt nhẹ (có thể là triệu chứng nổi bật).
- Cổ trướng, dịch màng bụng có máu.

3. Điều trị

Ít kết quả.

UNG THƯ GAN THỨ PHÁT

1. Nguyên nhân gây bệnh

Các di căn ung thư đi tới gan theo các con đường sau:

- Tĩnh mạch cửa: di căn của ung thư đường tiêu hoá.

- Di căn trực tiếp từ ung thư đường dẫn mật hoặc tuyến tụy.

- Đường bạch huyết hoặc động mạch gan.

Các di căn ung thư ở gan là loại di căn hay

https://tieulun.hopto.org

gặp nhất. Chúng bắt nguồn chủ yếu từ đường tiêu hoá, từ tuyến tụy, từ cơ quan sinh dục, từ phổi...

2. Triệu chứng

- Có triệu chứng của ung thư gan nguyên phát.
- Gan to, rất rắn.
- Mặt gan có nhiều khối u cứng.

3. Điều trị

Tạm thời, ít kết quả.

U NANG BÀO SÁN Ở GAN

U nang bào sán ở gan là u nang gan do sự phát triển thể ấu trùng của Taenia echinococcus.

1. Triệu chứng lâm sàng

a) Nhiễm độc bào sán

Rối loạn tiêu hoá (chán ăn, tiêu chảy), chảy máu cam, ngứa, có đợt mày đay tái phát.

b) Các dấu hiệu tại chỗ

- U nang tiến triển ở trong bụng: cảm giác nặng ở hạ sườn phải. Có thể sờ thấy ở gan có một khối u tròn, nhẵn, đều, không đau.

- U nang tiến triển ở trong ngực: người bệnh ho, đau phần dưới ngực bên phải. Có hội chứng ba giảm ở đáy phổi phải (gõ đục, rung thanh và rì rào phế nang giảm hoặc mất).

https://tieulun.hopto.org

c) Xét nghiệm máu

Có biểu hiện tăng bạch cầu ái toan (bạch cầu ưa eosin).

2. Biến chứng

- Bội nhiễm vi khuẩn: có sốt cao.
- Vỡ vào màng bụng tự do: gây viêm màng bụng cấp tính và shock (choáng) quá mẫn. Vỡ vào màng phổi gây viêm màng phổi. Vỡ vào phế quản gây áp xe phế quản...
- Đè ép vào tĩnh mạch cửa, đường dẫn mật.
- Suy mòn.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Ung thư gan.
- Túi mật to.
- Khối u thận (bên phải).

4. Điều trị

- Tiêm kháng nguyên bào sán với liều lượng tăng dần.
- Phẫu thuật: mở u nang hoặc cắt bỏ u nang.

XƠ GAN

Xơ gan là bệnh của gan có một tính chất chung là: xơ tăng sinh mô liên kết do nhiều nguyên nhân khác nhau.

https://tieulun.hopto.org

1. Xơ gan Laënnec

Xơ gan Laënnec còn gọi là xơ gan do nghiện rượu, xơ gan teo.

Xơ gan Laënnec là tình trạng xơ cứng teo gan, có kèm hiện tượng giảm thể tích của gan và một hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

a) Nguyên nhân gây bệnh

- Rượu kết hợp với thiếu ăn.
- Thiếu protid trong chế độ dinh dưỡng.
- Nhiễm độc arsenic, Pb, đồng (Cu), carbon, tetraclorua...
- Trạng thái nhiễm độc - nhiễm khuẩn trong các bệnh lao, sốt rét, sản giật.
- Viêm gan dịch tễ: gây xơ gan phì đại kiểu Hanot (hội chứng Hanot)

b) Triệu chứng: trong xơ gan Laënnec, lúc đầu có sự ứ mỡ của tế bào gan. Sự ứ mỡ này có thể tiến triển tới xơ gan, đồng thời có tăng áp lực tĩnh mạch cửa làm cho lách to.

Triệu chứng thể hiện khác nhau trong hai giai đoạn của xơ gan Laënnec:

- Giai đoạn tiền cổ trướng:

- Người bệnh mệt mỏi, gầy sút nhiều.
- Rối loạn tiêu hoá: trướng bụng, ợ hơi, táo bón và tiêu chảy xen kẽ.
- Nôn ra máu hoặc đi ngoài ra máu đen.
- Cảm giác nặng ở hạ sườn phải, chảy máu cam, xuất huyết ở lợi và trĩ.

https://tieulun.hopto.org

- Có thể: giảm kinh hoặc vô kinh (ở nữ) hoặc liệt dương (ở nam).

Khám bệnh nhân, ta thấy:

- Có trạng thái ngấm rượu: run các ngón tay và lưỡi, có phình tĩnh - mạch nhỏ ở gò má, viêm nhiều dây thần kinh.

- Vàng da kín đáo, rụng lông nách, teo tinh hoàn, có chứng vú to.

- Có ban đỏ hoặc u mạch ở cánh tay, ngón tay, gan bàn tay.

- Bụng trướng có kèm theo mạng tĩnh mạch rõ ràng.

- Phù mắt cá chân.

- Gan to, nhẵn, không đau.

- Giai đoạn cổ trướng:

- Cổ trướng (dịch trong ổ màng bụng) có kèm theo phù hai chi dưới.

- Có tràn dịch màng phổi bên phải.

- Gan to: bờ gan rắn và đều.

- Có tuần hoàn bàng hệ: biểu hiện bằng một mạng tĩnh mạch giãn nở, có búi trĩ và phình tĩnh mạch thực quản.

- Vàng da rõ rệt.

- Có dấu hiệu suy tim: tim to, nhịp tim nhanh.

c) Chẩn đoán

Dựa vào dấu hiệu:

- Tiền sử nghiện rượu.

- Khó tiêu, tiêu chảy và táo bón xen kẽ, cảm giác nặng ở hạ sườn phải.

https://tieulun.hopto.org

- Chảy máu cam, nôn ra máu (do phình tĩnh mạch thực quản, đi ngoài ra máu đen).

- Gan to (ở giai đoạn đầu), có u mạch hình sao và ban đỏ ở gan bàn tay.

- Cổ trướng, vàng da, suy mòn.

d) Tiến triển

Bệnh xơ gan Laënnec tiến triển nhanh nhiều đợt.

- Phù tăng lên, buộc phải chọc tháo cổ trướng. Vì vậy có thể gây viêm màng bụng cấp tính.

- Hiện tượng chảy máu nặng thêm lên.

- Vàng da nặng, báo hiệu suy gan nặng.

- Có thể gây nghẽn tĩnh mạch cửa, ung thư gan, nhiễm khuẩn gian phát hoặc hội chứng Korsakoff.

e) Điều trị

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường.

- Chế độ ăn nhiều protein và glucid và phải cai rượu.

- Dùng vitamin: vitamin A (5000 đơn vị), vitamin D (1000 đơn vị), các vitamin B, men bia.

- Điều trị thiếu máu: dùng sắt, cao gan.

- Điều trị phù, cổ trướng, giảm protein - huyết: chế độ ăn nhạt, dùng thuốc lợi niệu (chlorothiazid và các dẫn xuất).

- Spironolacton 400 - 800mg/24h.

- Corticoid: dùng prednisolon 30mg - 40mg/24h.

- Chọc tháo cổ trướng.

2. Xơ gan nhiễm độc

Xơ gan nhiễm độc còn gọi là xơ gan sau hoại

https://tieulun.hopto.org

tử. Đó là một bệnh gan mạn tính xảy ra sau hoại tử gan.

a) Nguyên nhân

Xơ gan nhiễm độc là di chứng của teo gan vàng da cấp tính.

Nguyên nhân thường gặp:

- Nhiễm độc đối với gan.
- Viêm gan dịch tễ.

b) Triệu chứng lâm sàng

- Trong tiền sử bệnh có triệu chứng vàng da (do viêm gan dịch tễ), vàng da kéo dài hoặc tái phát.
- Có tổn thương ở thận kết hợp với tổn thương ở gan (viêm gan - thận).
- Xơ gan được hình thành sau viêm gan nhiễm độc.

c) Chẩn đoán

Cần nghĩ đến bệnh xơ gan nhiễm độc khi bệnh xơ gan xảy ra ở một bệnh nhân trẻ, không nghiện rượu và các rối loạn ở gan bắt đầu bằng triệu chứng vàng da.

d) Điều trị

Như điều trị xơ gan Laënnec.

3. Xơ gan do mật nguyên phát

Xơ gan mật nguyên phát còn gọi là xơ gan do viêm gan nguyên phát, hội chứng Hanot, xơ gan phì đại kèm vàng da mạn tính hoặc xơ gan viêm ống mật.

https://tieulun.hopto.org

a) Nguyên nhân

- Viêm ống mật và viêm quanh ống mật.

- Các độc tố hoặc thể bệnh chất tạo keo xâm lấn các ống mật nhỏ.

b) Triệu chứng lâm sàng

- Khởi đầu của bệnh giống như khởi đầu của viêm gan dịch tễ.

- Bệnh tiến triển thành nhiều đợt, kèm theo các triệu chứng:

+ Vàng da mạn tính.

+ Gan to, lách to, có các u vàng.

+ Sốt, ngứa, đau bụng.

+ Cổ trướng, xuất huyết đường tiêu hoá, phình tĩnh mạch thực quản: xuất hiện ở giai đoạn cuối của bệnh.

c) Điều trị

- Thuốc kháng sinh.

- Điều trị suy gan: xem điều trị bệnh xơ gan Laënnec.

- Điều trị ngứa: dùng methyltestosteron 25mg/24h, corticoid hoặc ACTH với liều lượng bình thường.

4. Xơ gan ứ mật

Đó là một loại xơ gan do mật thứ phát sau khi ống mật chủ bị tắc.

a) Nguyên nhân

Người ta phân biệt:

- Bệnh bẩm sinh: hẹp đường dẫn mật ở trẻ em.

- Bệnh sỏi ống mật chủ.

https://tieulun.hopto.org

- Ống mật chủ bị chít hẹp lại sau chấn thương.

- Ung thư đầu tuyến tụy.

+ Đè ép do: hạch lao, áp xe lạnh trong bệnh lao, viêm nếp ngang tá tràng.

+ Tắc đường dẫn mật thứ phát sau viêm tuyến tụy mạn tính, viêm ống mật chủ gây hẹp.

b) Triệu chứng lâm sàng

- Sốt có kèm mệt mỏi, chán ăn.

- Vàng da: màu vàng lục. Có xuất hiện những u vàng ở mi mắt và ở da.

- Gan to: gan to và rắn, hơi đau.

- Lách to.

- Các dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch cửa: biểu hiện chủ yếu bằng vỡ phình tĩnh mạch thực quản.

c) Điều trị

- Điều trị nội khoa: như điều trị bệnh xơ gan Laënnec.

- Điều trị phẫu thuật:

+ Nối đường dẫn mật và ruột.

+ Phẫu thuật chữa tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

5. Xơ gan do tim

Bệnh xơ gan do tim là bệnh gan ứ máu do suy tim (cấp hoặc mạn tính).

Đây là một thể xơ gan trong đó mô liên kết tăng sinh sau hiện tượng ứ máu và sau trạng thái thiếu oxy huyết.

https://tieulun.hopto.org

a) Nguyên nhân: thứ phát sau ứ máu và sau trạng thái thiếu oxy huyết do suy tim.

b) Triệu chứng

- Cảm giác nặng ở hạ sườn phải.
- Có cơn đau sỏi gan giả hay là đau gan khi gắng sức nhân dịp có một đợt suy tim cấp tính hay gắng sức.
- Gan to, chắc và đau.
- Cổ trướng.
- Lách to.

c) Điều trị: như điều trị suy tim.

BỆNH SỎI MẬT

Bệnh sỏi mật là sự hình thành các hòn sỏi trong túi mật.

1. Nguyên nhân

Chưa rõ, có thể do:

- Nhiễm khuẩn mật.
- Viêm do nguồn gốc hoá học: có thể do mật quá đậm đặc.
- Ứ đọng mật trong túi mật.
- Mất cân bằng chất keo: làm cho cholesterol kết tủa.
- Các yếu tố thuận lợi: thai nghén, các bệnh tan máu, viêm gan dịch tễ, béo phì.

2. Thành phần cấu tạo hòn sỏi mật

Có thể là: hỗn hợp cholesterol và calci bilirubinat.

https://tieulun.hopto.org

3. Triệu chứng lâm sàng

- Cơn đau sỏi gan: đau liên tục với các cơn kịch phát ở vùng hạ sườn phải hoặc ở hõm thượng vị. Đau lan ra phía sau như xuyên hoặc vòng quanh bờ sườn.
- Kèm theo: buồn nôn, nôn mửa, ức chế hô hấp.
- Sốt vừa phải, vàng da nhẹ, nhịp tim nhanh.
- Rối loạn tiêu hoá: đau với cảm giác nóng bỏng ở vùng thượng vị, có cảm giác nặng nề sau bữa ăn, trướng bụng và buồn nôn.
- Có thể có viêm ruột kết, đau ruột kết, táo bón xen kẽ tiêu chảy.
- Khi sờ nắn bụng trong cơn bệnh cấp tính người ta thấy phản ứng tự vệ ở vùng hạ sườn phải, đôi khi có kèm co cứng cơ phản xạ.

4. Tiến triển

Sỏi mật kèm theo viêm túi mật mạn tính tiến triển với:

- Rối loạn tiêu hoá.
- Có cơn đau sỏi gan.

5. Biến chứng

- Viêm túi mật cấp tính và viêm quanh túi mật.
- Viêm ống mật.
- Tràn mật màng bụng.
- Viêm tuyến tụy cấp tính.
- Viêm tĩnh mạch cửa hoặc nghẽn tĩnh mạch cửa.

https://tieulun.hopto.org

- Xơ gan do mật.
- Lỗ rò mật và tắc ruột do mật.

6. Điều trị

- Chế độ ăn: tránh các thức ăn béo, đồ hộp, thịt chế biến, chocolat, trứng.
- Điều trị bằng thuốc:

+ Dùng dung dịch bourget, natri sulfat, magiê sulfat, arthichand, dầu ôliu.

+ Thuốc chống co thắt: atropin, chườm nóng tại chỗ.

- Trong trường hợp viêm ruột kết: dùng calci, bismuth, cao tuyến tụy.
- Liệu trình nước suối nóng: áp dụng một liệu trình nước suối nóng khi có các biểu hiện đau.
- Điều trị phẫu thuật nếu cần thiết.

VIÊM ỐNG MẬT

Viêm ống mật là bệnh viêm các đường dẫn mật ở bên trong và ở bên ngoài gan.

1. Nguyên nhân

- Sự ứ mật do sỏi hay là do ung thư.
- Trực khuẩn Coli và liên cầu khuẩn.
- Viêm gan dịch tễ.

2. Triệu chứng lâm sàng

a) Thể xuất tiết

- Sốt.

https://tieulun.hopto.org

- Đau bụng có kèm vàng da.
- Tăng bạch cầu đa nhân.

b) Thể nung mủ: gặp ở người già và người có cơ thể suy mòn.

- Sốt có kèm những đợt kịch phát rét run.
- Vàng da.
- Thể trạng suy sụp, mạch nhanh.
- Nôn và tiêu chảy, kèm theo dấu hiệu mất nước.
- Gan to và lách to.

c) Viêm ống mật nung mủ có kèm tăng urê huyết

- Đi tiểu ít, có trụ niệu.
- Urê huyết tăng.

3. Tiến triển

Tiến triển xấu của bệnh nếu không loại trừ được chướng ngại vật ra khỏi đường dẫn mật.

Biến chứng có thể gặp:

- Viêm túi mật.
- Nhiều áp xe ở gan.
- Nhiễm trùng huyết.
- Suy gan dẫn đến tử vong.

4. Điều trị

- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc điều trị suy gan.
- Phẫu thuật dẫn lưu các đường dẫn mật.

VIÊM TÚI MẬT CẤP TÍNH

Viêm túi mật cấp tính còn gọi là viêm ống - túi mật cấp tính.

https://tieulun.hopto.org

Viêm túi mật cấp tính hầu như luôn luôn có kèm viêm đường dẫn mật (viêm ống - túi mật).

1. Nguyên nhân

- Sỏi túi mật.
- Trực khuẩn Coli, liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn, trực khuẩn thương hàn.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau ở hạ sườn phải, giống như đau bụng gan.
- Sốt.
- Buồn nôn và nôn.
- Vàng da.
- Vùng hạ sườn phải bị co cứng và đau. Có thể sờ thấy túi mật to ra và đau.

3. Tiến triển

Bệnh khỏi sau vài ngày nhưng hay tái phát.

Biến chứng có thể gặp: viêm túi mật hoại thư gây thủng và viêm quanh túi mật hoặc viêm màng bụng, viêm ống mật nghiêm trọng, áp xe gan, viêm tuyến tụy cấp tính.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Loét dạ dày - tá tràng bị thủng, đặc biệt khi có thủng gây viêm màng bụng.
- Viêm ruột thừa cấp tính.
- Viêm bể thận - thận phải.

https://tieulun.hopto.org

5. Điều trị

a) Điều trị nội khoa

- Nghỉ ngơi hoàn toàn, chườm lạnh.
- Dùng thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, thuốc chống co thắt (atropin), thuốc an thần.
- Điều trị rối loạn điện giải (K và Na), đồng thời có thể truyền huyết thanh glucose hoặc NaCl 9%.

b) Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật khi có viêm màng bụng, dọa thủng và hoại thư túi mật (có triệu chứng: khối túi mật căng phồng, đau khi sờ nắn, có trạng thái nhiễm độc - nhiễm khuẩn nặng).

VIÊM TÚI MẬT MẠN TÍNH

Xảy ra thứ phát hoặc không phải thứ phát sau viêm túi mật cấp tính, gặp ở người mắc bệnh sỏi túi mật.

1. Triệu chứng

Có bệnh cảnh lâm sàng của bệnh sỏi mật: rối loạn tiêu hoá xen lẫn với những tai biến kịch phát do những chế độ ăn bất thường gây ra.

2. Nguyên nhân

Viêm túi mật mạn tính xảy ra do:

- Sỏi túi mật.

https://tieulun.hopto.org

- Rối loạn vận động đường dẫn mật.

3. Điều trị

- Điều trị nội khoa trong trường hợp do rối loạn vận động đường dẫn mật (xem cách điều trị bệnh này).
- Điều trị ngoại khoa: cắt bỏ túi mật trong trường hợp do sỏi túi mật.

UNG THƯ CÁC ĐƯỜNG DẪN MẬT

Đây là bệnh của khối u ác tính khởi phát từ túi mật hoặc các đường dẫn mật.

1. Nguyên nhân

Gặp ở những người mắc bệnh sỏi mật.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau âm ỉ ở vùng hạ sườn phải.
- Sờ nắn thấy túi mật to, căng phồng và nhẵn (quy luật Courvoisier).
- Gan to và mặt gan có thể không nhẵn do ổ di căn ung thư.
- Vàng da: xuất hiện sớm.
- Sốt và đôi khi có rét run.
- Có máu ngầm trong phân: gặp trong ung thư bóng Vater.

3. Điều trị

Phẫu thuật: nối đường dẫn mật với ruột.

https://tieulun.hopto.org

VIÊM TUYẾN TỤY CẤP TÍNH

Bệnh viêm tuyến tụy cấp tính còn gọi là viêm tuyến tụy xuất huyết, viêm phù tuyến tụy hoặc hoại tử tuyến tụy cấp tính; nhiều khi viêm có kèm hoại tử mỡ mạc nối, mạc treo ruột hoặc phúc mạc.

1. Nguyên nhân

Người ta thừa nhận thuyết tự tiêu hoá tuyến tụy do các enzym tuyến tụy đột nhiên được hoạt hoá. Sự hoạt hoá các enzym tuyến tụy này có thể là do mật hoặc dịch tá tràng bị dồn ngược vào trong ống Wirsung.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau dữ dội vùng thượng vị, lan ra sau lưng; hiếm hơn là lan ra hai mạng sườn hoặc ra vùng xương ức.
- Buồn nôn và nôn.
- Có trạng thái shock (choáng).
- Sốt (khoảng 38^0C) và vàng da.
- Co cơ tự vệ ở vùng thượng vị, bụng trướng hơi và tắc liệt ruột.

3. Chẩn đoán

a) Chẩn đoán xác định

Dựa vào:

- Đau dữ dội vùng thượng vị, lan ra sau lưng.
- Buồn nôn và nôn.

https://tieulun.hopto.org

- Sốt và có trạng thái "sốc" (choáng).
- Tăng amylase huyết.

* *Chú ý*: tắc ruột và bệnh quai bị cũng có thể làm tăng amylase huyết.

b) Chẩn đoán phân biệt

- Cơn đau sỏi gan.
- Thủng vết loét dạ dày - tá tràng.
- Tắc ruột.
- Nhồi máu cơ tim.
- Nhồi máu mạc treo ruột.

4. Tiến triển

Viêm tụy cấp tính là một bệnh nặng, dễ tử vong, bệnh hay tái phát.

* *Biến chứng:*

Những biến chứng có thể xảy ra:

- Áp xe tuyến tụy.
- Viêm tuyến tụy mạn tính.
- Áp xe dưới cơ hoành.
- U nang giả tuyến tụy.
- Vàng da do tắc mật.
- Đái tháo đường (bệnh tiểu đường).

5. Điều trị

a) Điều trị nội khoa

- Thuốc ức chế sự tiết dịch vị: Atropine, hoặc các thuốc chống tiết choline khác.
- Thuốc kháng sinh có tác dụng rộng.
- Hút dạ dày liên tục, tránh tiếp thức ăn qua

https://tieulun.hopto.org

đường miệng. Hút dạ dày có xu hướng gây ra một trạng thái nhiễm kiềm chuyển hoá có kèm giảm kali huyết và sau đó trạng thái này có thêm biến chứng nhiễm acid ceton do nhịn đói. Do đó, phải điều trị rối loạn chất điện giải.

- Thuốc ức chế hoạt lực tiêu protein của trypsin: dùng trasylol với liều lượng 30.000 - 40.000 đơn vị (UI) và giảm liều dần trong những ngày sau (trasylol 5.000 đơn vị/ống, tiêm tĩnh mạch).

- Thuốc chữa giảm calci huyết: dùng calci gluconat.

- Vitamin K trong trường hợp thể tạng xuất huyết.

b) Điều trị phẫu thuật

Mở ổ tuyến tụy và dẫn lưu.

VIÊM TUYẾN TỤY MẠN TÍNH

Viêm tuyến tụy mạn tính dẫn tới trạng thái xơ tuyến tụy.

1. Nguyên nhân

- Bệnh sỏi mật.
- Những lần tái phát viêm tuyến tụy cấp tính.
- Nghiện rượu mạn tính.
- Các bệnh túi mật.
- Bệnh sỏi tụy.
- Loét dạ dày - tá tràng.

https://tieulun.hopto.org

2. Triệu chứng lâm sàng

- Toàn trạng sút kém, mệt mỏi và gày sút.
- Đau khu trú ở vùng thượng vị hoặc ở vùng hạ sườn trái và lan ra phía sau lưng.
- Rối loạn tiêu hoá: chậm tiêu, chán ăn, tiêu chảy. Ở giai đoạn cuối bệnh nhân đi ngoài ra phân mỡ.
- Sờ nắn bụng: thấy một khối bất thường trong thể bệnh bị biến chứng u nang giả.
- Vàng da do ứ mật là một biến chứng muộn.

3. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Những cơn đau liên tiếp ở vùng thượng vị, lan ra sau lưng.
- Chán ăn, buồn nôn và nôn, tiêu chảy, phân có mỡ.
- Tăng amylase huyết, rối loạn chuyển hoá carbonhydrat.
- Có những điểm calci hoá ở tuyến tụy.

4. Tiến triển

Bệnh tiến triển thành những đợt cấp tính, đôi khi dẫn tới giảm năng tuyến tụy.

5. Điều trị

- Chế độ ăn uống: thức ăn chứa nhiều carbonhydrat, ít mỡ và protein; các chế phẩm chứa nhiều vitamin, calci, acid amin.
- Pancreatin: 6 - 8g/24h.

https://tieulun.hopto.org

- Chữa bệnh túi mật hoặc loét dạ dày - tá tràng nếu có.

- Chữa bệnh đái tháo đường nếu có.

- Trong trường hợp vàng da: mở thông túi mật - ruột.

- Cắt bỏ một phần tuyến tụy, nối thông tuyến tụy - ruột.

VIÊM TUYẾN TỤY DO QUAI BỊ

Là viêm tuyến tụy cấp tính xảy ra trong khi mắc bệnh quai bị.

1. Triệu chứng lâm sàng

- Đau bụng, buồn nôn và nôn.

- Bụng bị co cứng một cách kín đáo.

- Định lượng amylase trong huyết thanh và trong nước tiểu ít có giá trị.

2. Điều trị

Chữa bệnh quai bị.

UNG THƯ TUYẾN TỤY

Ung thư tuyến tụy thường xảy ra sau viêm tụy mạn tính và bệnh sỏi tuyến tụy.

1. Triệu chứng lâm sàng

a) Ung thư đầu tuyến tụy

- Khởi đầu: toàn trạng suy sụp, có rối loạn tiêu hoá.

https://tieulun.hopto.org

- Thời kỳ toàn phát:

+ Vàng da: đó là dấu hiệu phát giác ung thư đầu tuyến tụy, vàng da ngày càng sẫm.

+ Không sốt và không đau.

+ Có thể sờ nắn thấy một túi mật to ra, tròn, nhẵn, căng phồng (quy luật Courvoisier).

+ Gan to, nhẵn, đều và ít đau.

+ Lách có thể to hoặc không to.

+ Có thể có dấu hiệu: viêm tĩnh mạch di chuyển. Viêm tĩnh mạch di chuyển có thể là dấu hiệu đầu tiên của bệnh.

b) Ung thư thân tuyến tụy

- Đau: thường xuất hiện thành cơn kịch phát, ở phần dưới của hõm thượng vị hoặc ở vùng hạ sườn trái, lan ra sau lưng.

- Vàng da: xuất hiện muộn.

c) Ung thư đuôi tuyến tụy: có tính chất tiềm tàng và biểu hiện ra bằng một di căn.

2. Chẩn đoán

a) Chẩn đoán xác định: dựa vào triệu chứng vàng da tiến triển ở một bệnh nhân trên 40 tuổi. Dấu hiệu này cho ta nghĩ đến ung thư đầu tuyến tụy.

b) Chẩn đoán phân biệt

- Vàng da do ứ mật.

- Cơn đau kịch phát của bệnh loét dạ dày - tá tràng hoặc nhiễm độc chì (Pb).

3. Điều trị

Phẫu thuật ít kết quả.

https://tieulun.hopto.org

Chương IV

CÁC BỆNH TIẾT NIỆU

PHÙ

1. Mở đầu

Phù là sự ngấm huyết thanh vào mọi loại mô (đặc biệt là mô dưới da và dưới niêm mạc) do sự tăng dịch gian bào.

Phù toàn thân nhiều khi có kèm theo cổ trướng (tràn dịch màng bụng), tràn dịch màng phổi và đôi khi tràn dịch màng tim.

Hiện tượng phù do cơ chế sinh bệnh sau đây:

- Sự giữ natri và nước.
- Giảm áp lực thẩm thấu keo của các protein - huyết tương là sự giảm các protein - huyết tương, chủ yếu là albumin làm cho dịch thoát khỏi các mao mạch để vào các mô và gây phù.
- Tăng áp lực tĩnh mạch.
- Giảm áp lực cơ học trong các mô.
- Các rối loạn dẫn lưu bạch huyết.
- Tăng tính thấm của mao mạch.
- Tác dụng của các hormon (nội tiết tố): hormon chống bài niệu của thuỳ sau tuyến yên và các

https://tieulun.hopto.org

steroid vỏ thượng thận kiểm soát sự cân bằng của các dịch và các chất điện giải của cơ thể.

2. Chẩn đoán nguyên nhân phù

a) Phù tim

Có triệu chứng:

- Có dấu hiệu bệnh tim: giãn tim, có tiếng thổi, tiếng ngựa phi.
- Có dấu hiệu suy tim: khó thở khi nằm, gan to, tăng áp lực tĩnh mạch.

b) Phù thận

- Có hội chứng hư thận: bao gồm cả viêm thận bán cấp, hư thận mỡ, thoái hoá thận dạng tinh bột.
- Albumin niệu rất nhiều, có ít hoặc không có huyết niệu, phù lâu, có trụ mỡ hay trụ sáp, giảm protein huyết.

c) Phù gan

- Có dấu hiệu xơ gan.
- Vàng da.
- Có cổ trướng và giãn các tĩnh mạch bàng hệ.
- Chức năng gan hư biến: giảm protein huyết.

d) Phù do thiếu protein

- Do chế độ ăn không thích hợp.
- Giảm protein huyết.
- Có dấu hiệu thiếu dinh dưỡng hay là bệnh pellagra.

e) Phù do thiếu vitamin B1: phù trong bệnh tê phù, chủ yếu do suy tim với lưu lượng cao.

https://tieulun.hopto.org

f) Phù do thiếu kali: phù đôi khi phát sinh một cách nghịch thường ở những người nhận một liều muối lợi niệu quá cao.

Có triệu chứng giảm kali huyết, vì vậy làm rối loạn hoạt động của thận và gây phù.

g) Phù trong phù niêm

Triệu chứng:

- Phù cứng, không có dấu hiệu ấn lõm.
- Da khô và ráp.

h) Phù do hormon (nội tiết tố): loại phù này xuất hiện trong trường hợp:

- Tăng tiết andosteron gây hội chứng Cushing.
- Điều trị bằng corticoid, androgen và oestrogen.

i) Phù do thai nghén

Thường xuất hiện sau thai nghén tháng thứ 6. Nguyên nhân của phù do thai nghén là:

- Những rối loạn hormon.
- Những biến đổi huyết động.

k) Phù cục bộ

Do các nguyên nhân:

- Viêm: kèm theo dấu hiệu nóng, đỏ, đau.
- Dị ứng: phù thoáng qua và không đau.
- Rối loạn tĩnh mạch: có tính chất không đối xứng và có biến chứng rối loạn da (như: loét, eczema (chàm), viêm mao mạch).
- Rối loạn bạch mạch: nhiều khi trở nên cứng do lớp dưới da dày lên (do tăng sinh nguyên bào sợi).

https://tieulun.hopto.org

3. Tính chất lâm sàng của phù

a) Sự phân bố của phù

- Phù khu trú ở riêng một bên chân: thường do tắc tĩnh mạch hay tắc bạch mạch (viêm tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch).

- Phù phối hợp với giảm protein huyết nhiều khi khu trú ở mi mắt và mặt. Hiện tượng này rõ hơn vào buổi sáng vì ban đêm bệnh nhân nằm ở tư thế nằm ngang.

- Phù tim rõ rệt ở cẳng chân và vào buổi tối, vì người mắc bệnh tim không chịu đựng được tư thế nằm ngang hoàn toàn vào ban đêm.

- Có những nguyên nhân hiếm gặp của phù mặt là: bệnh giun xoắn, phù niêm và các phản ứng dị ứng (phù Quincke).

b) Hình dạng phù

- Phù cục bộ đỏ và không đau: nhiều khi là do giãn tiểu động mạch.

- Nếu có dấu hiệu nóng, ta phải nghĩ tới phù do viêm.

- Phù phối hợp với xanh tím cục bộ thường là do tắc tĩnh mạch. Nếu xanh tím toàn thân thì nghĩ tới phù tim.

- Dấu hiệu da dầy lên ở trong vùng bị phù cho phép ta nghĩ tới viêm bạch mạch hoặc suy tim cũ.

- Phù mềm và trắng ở người bệnh xanh nhợt làm cho ta nghĩ tới chứng giảm protein huyết và đặc biệt nghĩ tới hội chứng suy thận.

https://tieulun.hopto.org

Đặc điểm chung:

- Phù mềm có dấu hiệu ấn lõm rõ (dấu hiệu Godet) là phù mới xuất hiện.
- Phù chắc và đau: đó là dấu hiệu của phù cũ.

BÍ TIỂU TIỆN

1. Phân loại

a) Bí tiểu tiện cấp tính hoàn toàn: đó là khả năng mất tiểu tiện đột ngột, mặc dầu mót rất đau ở vùng hạ vị. Người bệnh vật vã, lo âu.

Khám vùng hạ vị sờ thấy một khối giống như khối u mà bờ trên lên cao tới rốn. Đó là cầu bàng quang. Cầu bàng quang này căng đau và có tiếng đục khi gõ.

Bí tiểu tiện cấp tính hoàn toàn là một tai biến và tiểu tiện tự phát có khả năng xuất hiện lại.

b) Bí tiểu tiện mạn tính không hoàn toàn

- Bàng quang không bị căng phồng: có cặn bàng quang với khối lượng 100ml - 300ml (dung tích sinh lý của bàng quang), có kèm theo đái dắt và đái khó.
- Bàng quang bị căng phồng: cặn bàng quang quá 300ml.

+ Đái dắt chủ yếu về ban đêm tiến tới đái dầm do bài tiết nước tiểu tự động. Sau bài niệu, cầu bàng quang vẫn không thay đổi.

+ Suy thận: phát sinh dần dần; đồng thời, nitơ huyết tăng.

https://tieulun.hopto.org

- Bí tiểu tiện mạn tính hoàn toàn: là trạng thái bí tiểu tiện vĩnh viễn đã hình thành và không thể tự nhiên khỏi được.

Triệu chứng: đái khó và đái dắt kéo dài ở người cao tuổi, đồng thời nước tiểu bị nhiễm khuẩn.

2. Nguyên nhân

a) Bí tiểu tiện có nguyên nhân rõ ràng

- Chấn thương tủy - cột sống: có triệu chứng liệt bàng quang và dấu hiệu thần kinh phối hợp.

Điều trị: đặt ống thông tại chỗ.

- Chấn thương thận: bí tiểu tiện là do các cục đông bị tích lại ở trong bàng quang.

- Điều trị: dùng ống thông hút để tháo ra.

- Chấn thương khung chậu: bí đái do đứt niệu đạo màng, do vỡ bàng quang dưới phúc mạc hoặc là bí tiểu tiện phản xạ.

Điều trị: dùng ống thông mềm hoặc mở bàng quang.

- Chấn thương đáy chậu: do đứt niệu đạo hành - đáy chậu, chỗ đứt thường ở niệu đạo màng.

Điều trị:

+ Dùng thuốc kháng sinh.
+ Mở thông bàng quang tức thì.

- Chấn thương ở bên trong niệu đạo: thường do thông niệu đạo.

b) Bí tiểu tiện sau khi mổ: có thể là một tổn thương niệu quản - cổ tuyến tiền liệt không được biết đến trước khi phẫu thuật.

https://tieulun.hopto.org

Bí tiểu tiện có thể âm ỉ và tiến tới bài niệu tự động.

** Điều trị*

- Thuốc: atropin, pilocarpin, prostigmin.
- Hồi phục tư thế đứng.
- Thông niệu đạo vô trùng.

c) Bí tiểu tiện trong viêm niệu đạo cấp tính do bệnh lậu

Do tổn thương tuyến tiền liệt mà người ta kiểm tra bằng cách thăm khám ruột thẳng.

Điều trị:

- Thuốc: dùng morphin.
- Tắm ngâm nóng, thụt tháo.
- Thông niệu đạo.
- Mở đáy chậu để dẫn lưu áp xe tuyến tiền liệt.

d) Bí tiểu tiện gốc ở niệu đạo

- Hẹp niệu đạo: do chấn thương hoặc do bệnh lậu.

Điều trị:

+ Thông niệu đạo bằng ống thông nhỏ cỡ sợi chỉ.
+ Mở thông bàng quang.

- Các polyp và ung thư biểu mô niệu đạo: chẩn đoán bằng cách soi niệu đạo.

Điều trị:

+ Thông niệu đạo.
+ Mở thông bàng quang.

- Sỏi và dị vật: do có sỏi và dị vật ở niệu đạo.

Điều trị: dùng kẹp dị vật để đẩy dồn các hòn

https://tieulun.hopto.org

sỏi ở sau về phía bàng quang và lấy các hòn sỏi ở phía trước ra.

e) Bí tiểu tiện trong bệnh lý ở tuyến tiền liệt

Do các bệnh:

- Viêm tuyến tiền liệt mạn tính: có triệu chứng bí tiểu tiện và có nước tiểu tồn dư ở trong bàng quang.

Điều trị:

+ Thuốc chống viêm.
+ Thông tiểu tiện.
+ Nhỏ dung dịch NO_3Ag 0,5%.
+ Xoa bóp tuyến tiền liệt.

- U tuyến tiền liệt: bí tiểu tiện xảy ra ở nam giới trên 40 tuổi. Chẩn đoán bằng cách thăm trực tràng.

Điều trị: thông niệu đạo.

- Ung thư tiền liệt tuyến.

Điều trị:

+ Đặt ống thông.
+ Phẫu thuật.

f) Bí tiểu tiện do nguyên nhân ngoài đường niệu: xảy ra ở phụ nữ mắc các bệnh:

- U xơ tử cung.

- Các khối u bị vùi ở bên trong dây chằng rộng, gấp tử cung ra sau hay ngả tử cung ra sau khi có thai.

g) Bí tiểu tiện do nguyên nhân ở bàng quang

Nguyên nhân thường do:

- Sỏi và dị vật ở bàng quang.

https://tieulun.hopto.org

- Túi thừa bàng quang.

- Viêm bàng quang có kèm liệt hoặc liệt nhẹ ở cơ trơn thành bàng quang.

h) Bí tiểu tiện phản xạ do nguyên nhân thận: viêm bể thận cấp tính.

VIÊM BỂ THẬN VÀ VIÊM THẬN - BỂ THẬN CẤP TÍNH

Viêm thận - bể thận cấp tính cùng nghĩa với viêm thận kẽ hoặc viêm thận.

Đó là tình trạng nhiễm khuẩn mủ cấp tính ở bể thận (viêm bể thận) và xảy ra thứ phát ở nhu mô thận (viêm thận - bể thận).

1. Nguyên nhân

Có hai đường nhiễm khuẩn:

- Đường xuống hay đường máu: xảy ra sau trạng thái vi khuẩn huyết thoáng qua (do trực khuẩn Coli).

- Đường lên: nhiễm khuẩn thận thứ phát sau nhiễm khuẩn đường sinh dục - tiết niệu dưới. Gặp trong trường hợp:

+ Ứ nước tiểu sau giãn bàng quang mạn tính.

+ Dị dạng đường tiết niệu.

Mầm bệnh thường gặp là:

- Trực khuẩn Coli.

- Tụ cầu khuẩn và liên cầu khuẩn.

Thường gặp viêm thận - bể thận ở nữ giới nhiều hơn nam giới.

https://tieulun.hopto.org

2. Triệu chứng lâm sàng

a) Ở trẻ em: thường bệnh khởi đầu đột ngột và có rối loạn ở dạ dày - ruột.

b) Ở người lớn

- Sốt: sốt cao tăng dần.
- Đau thắt lưng: thường đau ở một bên, có cơn kịch phát giống như một cơn đau quặn bụng.
- Hội chứng bàng quang: có triệu chứng đái dắt, đau về cuối và bỏng rát lúc bài niệu.
- Sờ nắn ở góc sườn - cơ: phát hiện được thận rất đau.
- Nước tiểu đục từ đầu đến cuối lúc bài xuất. Nước tiểu nhiễm acid.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Lao thận.
- Sỏi thận.
- Bệnh thương hàn hay viêm màng não (ở trẻ em).
- Thận di động có kèm niệu quản gấp khuỷu.
- U tuyến tiền liệt.
- Viêm tụy cấp.

4. Tiến triển

- Do hiện tượng tắc đường niệu nên bệnh chuyển thành mạn tính.
- Suy thận có kèm tăng urê huyết và tăng huyết áp.

https://tieulun.hopto.org

- Viêm mủ toàn thận, có thể dẫn đến viêm tấy quanh thận.

5. Điều trị

- Nghỉ tại giường, uống nhiều nước với thuốc chống đau và chống co thắt.
- Thuốc kháng sinh.
- Trong nhiễm trùng do trực khuẩn Coli: dùng amoni và calci mandelat.

Thời gian điều trị: phải tiếp tục cho thuốc thêm vài ngày sau khi khỏi bệnh.

Nếu dùng thuốc kháng sinh để chống nhiễm trùng mà không có kết quả nhanh thì cần khám và giải quyết chỗ tắc hoặc dị vật ở đường tiết niệu dưới.

VIÊM BỂ THẬN - THẬN MẠN TÍNH

Bệnh này đồng nghĩa với viêm thận, viêm thận kẽ.

Đây là bệnh viêm bể thận và nhu mô thận tuần tiến chậm, rất nhiều khi ở cả hai bên, có thể dẫn đến viêm mủ toàn thận.

Nguyên nhân gây bệnh: như trong bệnh viêm bể thận cấp tính.

1. Triệu chứng lâm sàng

- Có những đợt sốt nhẹ, kèm theo:
+ Đau thắt lưng và khó tiểu tiện.
+ Tăng áp lực động mạch: xảy ra muộn.

https://tieulun.hopto.org

+ Thiếu máu nhẹ nhược sắc.

- Trong một số trường hợp, có một bệnh về tiết niệu đã được biết rõ, như:

+ Sỏi thận.

+ U tuyến tiền liệt.

+ Dị dạng tiết niệu - sinh dục.

Bệnh đái tháo đường cũng là một cơ địa thuận lợi cho viêm bể thận mạn tính.

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

a) Viêm tiểu cầu thận mạn tính

Có các triệu chứng:

- Tăng áp lực động mạch: xảy ra hằng định.

- Nước tiểu: có nhiều hồng cầu hơn là bạch cầu, có nhiều trụ máu và albumin niệu.

b) Xơ cứng thận

Có triệu chứng:

- Tăng áp lực động mạch và các rối loạn tim mạch: là những biểu hiện ban đầu.

- Nước tiểu: số bạch cầu và hồng cầu gần như bằng nhau, có ít trụ niệu.

c) Lao thận: có thể bị che lấp bởi triệu chứng của viêm bể thận - thận. Có triệu chứng đái ra máu và vi khuẩn lao trong nước tiểu.

d) Viêm thận do phenacetin: người bệnh có tiền sử lạm dụng các thuốc an thần và giảm đau có chứa phenacetin.

Triệu chứng: thiếu máu và có tiểu thể Heinz trong nước tiểu.

https://tieulun.hopto.org

e) Các bệnh ngoài thận

- Viêm bể thận - thận mạn tính có thể là căn nguyên của bệnh thiếu máu và bệnh nhuyễn xương.

- Viêm thận mất muối có triệu chứng: suy nhược rõ rệt, giảm natri huyết (có thể nhầm với bệnh Addison vì nó "đội lốt" bệnh Addison).

3. Điều trị

Cần điều chỉnh chế độ ăn và điều chỉnh các rối loạn điện giải. Ăn không hạn chế protid, cho uống nhiều nước; cung cấp có kiểm soát các ion Na^+, K^+, Cl^- và Ca^{++}.

- Dự phòng tái nhiễm trùng niệu:

+ Giải quyết tốt các ổ nhiễm trùng, đặc biệt là nhiễm trùng ở mũi họng.

+ Điều trị các rối loạn tiêu hoá, đặc biệt là táo bón.

- Dùng thuốc kháng sinh liều cao và kéo dài.

- Áp dụng liệu trình nước - muối khoáng: là một phương pháp bổ trợ hữu ích.

- Nếu cần thiết thì phẫu thuật các dị dạng niệu và loại trừ nguyên nhân gây ứ nước tiểu.

VIÊM THẬN CẤP TÍNH

Viêm thận cấp tính còn gọi là viêm tiểu cầu thận lan toả cấp tính hoặc bệnh Bright xuất huyết.

Bệnh có đặc điểm:

- Viêm các tiểu cầu thận.

https://tieulun.hopto.org

- Huyết niệu và albumin niệu.

- Có phù rõ rệt và suy thận. Các triệu chứng này thường xuất hiện sau viêm họng hay có một ổ nhiễm khuẩn khác.

Bệnh thường xuất hiện ở trẻ em và về mùa lạnh.

1. Nguyên nhân

Do nhiễm khuẩn ngoài thận, như các bệnh:

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.

- Viêm mủ ngoài da.

- Viêm phổi hoặc viêm màng não do phế cầu khuẩn.

- Viêm xương tuỷ cấp tính hoặc nhiễm trùng huyết do tụ cầu khuẩn.

- Viêm màng trong tim chậm: có thể gây viêm thận lan toả có kèm theo phù, tăng huyết áp, tăng urê huyết.

- Viêm thận do nhiễm độc thuỷ ngân (Hg). Đó là bệnh hư thận hoại tử.

2. Triệu chứng lâm sàng

Tuỳ theo ưu thế của các triệu chứng mà người ta phân biệt các loại viêm thận cấp tính:

- Viêm thận albumin niệu.

- Viêm thận phù.

- Viêm thận huyết niệu.

- Viêm thận khô tăng nitơ huyết.

a) Triệu chứng khởi đầu bất định

- Sốt vừa phải, suy nhược, chán ăn.

https://tieulun.hopto.org

- Rất khát nước.

- Có cảm giác bị đè nén và đau thắt lưng, có khi tiểu tiện khó.

- Ở trẻ em: có thể thấy co giật.

b) Thời kỳ toàn phát

Có triệu chứng:

- Huyết niệu: thường gặp trong viêm thận cấp tính.

- Tiểu tiện ít, nước tiểu sẫm mầu, có kèm theo phù. Triệu chứng vô niệu trong bệnh viêm thận cấp tính là một biến chứng nặng.

- Phù: bắt đầu phù ở mi mắt với dấu hiệu "nặng mặt", gặp chủ yếu vào buổi sáng. Phù có thể lan ra toàn thân và có kèm theo tràn dịch thanh mạc (như tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim).

Có kèm theo dấu hiệu tim sung huyết, biểu lộ ra bằng các ran nổ hai bên đáy phổi.

Phù hai chi dưới là dấu hiệu thường gặp.

- Tăng huyết áp: nó tăng lên mạnh trước các cơn bệnh não tăng huyết áp.

3. Biến chứng

- Ảnh hưởng đến tim mạch: suy tim với triệu chứng tim to ra rõ rệt, mạch nhanh, có tiếng ngựa phi và tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim, gan to, phổi sung huyết, khó thở khi nằm và có kèm theo tăng áp lực tĩnh mạch.

- Đáy mắt: có thể gặp co thắt các động mạch

https://tieulun.hopto.org

và giãn nở các tĩnh mạch ở đáy mắt, chủ yếu khi có tăng áp lực động mạch.

- Các triệu chứng não: tăng áp lực động mạch có thể gây ra các cơn bệnh não tăng huyết áp.

4. Tiến triển

- Trong đợt mắc bệnh đầu tiên ở trẻ em, thời kỳ lui bệnh thường bắt đầu sau một hay hai tuần lễ:

+ Hết triệu chứng huyết niệu và tăng huyết áp.

+ Triệu chứng bài niệu hồi phục.

- Khi khỏi bệnh, phải nhiều tháng thận mới trở lại bình thường.

- Viêm thận cấp tính có thể tiến triển đến albumin niệu rồi dẫn đến viêm thận bán cấp hoặc viêm thận mạn tính.

5. Chẩn đoán

Chẩn đoán bệnh dựa trên các yếu tố sau đây:

- Mắc một bệnh nhiễm trùng 10 - 15 ngày trước khi có triệu chứng đầu tiên.

- Có huyết niệu (đi tiểu ra máu) đại thể hay vi thể.

- Tiểu tiện ít và màu sẫm.

- Tăng áp lực động mạch.

- Hội chứng tim mạch.

- Phù: ít hoặc nhiều nhưng rõ rệt, nặng mặt về buổi sáng.

- Suy thận có kèm tăng nitơ huyết.

https://tieulun.hopto.org

6. Chẩn đoán phân biệt

- Trước hết cần phân biệt với các bệnh: lao thận, u thận, sỏi thận. Các bệnh này có triệu chứng đi tiểu ra máu (huyết niệu) nhưng không có dấu hiệu phù.

- Viêm bể thận - thận cấp tính: có triệu chứng mủ niệu và vi khuẩn niệu.

- Albumin niệu thể đứng: triệu chứng mất đi sau khi người bệnh nằm một thời gian.

- Suy thận do sốc tim.

- Xơ cứng thận ác tính: có dấu hiệu:

+ Huyết niệu: thường gặp trong tăng áp lực động mạch ác tính.

+ Đáy mắt bị hư biến trước khi chức năng thận hư biến.

- Kinh giật.

7. Tiên lượng

a) Có thể tiến triển sang viêm thận bán cấp hoặc viêm thận mạn tính

Có các triệu chứng:

- Tăng huyết áp còn lưu tồn.

- Có albumin niệu và nhiều cặn lắng trong nước tiểu.

- Tốc độ lắng máu cao.

- Có dấu hiệu thiếu máu.

b) Thai nghén và nhiễm trùng dẫn đường cho một viêm thận tiềm tàng tái phát.

https://tieulun.hopto.org

8. Điều trị

- Phải nằm nghỉ ở giường và giữ ấm. Thời gian nằm nghỉ phụ thuộc vào thời gian giảm về bình thường của tốc độ lắng hồng cầu của nitơ huyết và của albumin niệu (albumin niệu không vượt quá 0,3g/24h).

- Trong những ngày đầu của bệnh, khi có sốt, người ta cho bệnh nhân ăn chế độ ăn lỏng, ít natri, kali và protein để khỏi làm mệt thận, chế độ ăn bao gồm chủ yếu là carbonhydrat.

- Nếu người bệnh nôn mửa và có dấu hiệu mất nước, có thể cho bệnh nhân glucose tiêm tĩnh mạch dưới dạng dung dịch 10%.

- Lượng các dịch hấp thụ vừa đủ để bù lại sự mất mát qua da và phổi là 1200 - 1500ml mỗi ngày. Giữ độ ấm trong phòng và trên giường nằm. Ngoài ra cần cho thêm 500ml nước phụ để tạo điều kiện thuận lợi cho bài niệu.

- Điều trị thiếu máu.

- Dùng thuốc kháng sinh để điều trị các ổ nhiễm khuẩn.

- Dùng thuốc digitalin để điều trị suy tim cấp tính.

- Thẩm phân lọc máu: dùng trong trường hợp vô niệu có kèm tăng kali huyết nghiêm trọng.

VIÊM THẬN BÁN CẤP

(giai đoạn hư thận của viêm thận)

Viêm thận bán cấp còn gọi là viêm tiểu cầu thận tiểu thuỳ.

https://tieulun.hopto.org

Bệnh này là hội chứng hư thận (albumin niệu rất nhiều, giảm protein huyết và phù) xảy ra sau một thời gian bị viêm thận cấp tính.

1. Nguyên nhân

Như nguyên nhân gây viêm thận cấp tính.

2. Triệu chứng lâm sàng

Trong tiền sử bệnh, không phải bao giờ cũng có viêm thận cấp tính.

- Khởi đầu: bệnh âm thầm.

+ Phù: là dấu hiệu đầu tiên.

+ Albumin niệu tăng nhiều.

+ Có thể phù phát triển nhanh dẫn đến cổ trướng (có dịch trong ổ bụng) và phù toàn thân.

+ Người bệnh nhợt nhạt (dấu hiệu phù to trắng), gày sút, mệt nhọc, chán ăn.

- Giai đoạn phù nặng kéo dài trong vài tuần lễ, rồi đến giai đoạn hư thận có khuynh hướng dẫn đến giai đoạn viêm thận mạn tính.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Thận hư nhiễm mỡ.

- Hư thận dạng tinh bột và hư thận trong bệnh lupus ban đỏ rải rác.

Trong bệnh hư thận dạng tinh bột có các triệu chứng:

+ Dấu hiệu tổn thương ở thận.

https://tieulun.hopto.org

+ Gan to và lách to.

+ Urê huyết tăng.

- Suy tim phải, viêm thắt màng ngoài tim, xơ gan Laënnec.

4. Tiến triển

Giai đoạn hư thận của viêm tiểu cầu thận có thể tiến triển:

- Nhiều đợt tái diễn và làm giảm chức năng thận.

- Chuyển sang giai đoạn mạn tính.

5. Điều trị

- Chế độ ăn: áp dụng chế độ ăn nhiều protein (gồm sữa, thịt, gan), có thể dùng casein và lactalbumin trong thời kỳ ỉa chảy. Có thể được phép dùng các chất nước với điều kiện là chế độ ăn không chứa muối hoặc chứa rất ít.

- Cho 1000 - 1500ml nước và 0,5g - 1g muối mỗi ngày.

- Các thuốc lợi niệu: dùng chlorothiazid và hydrochlorothiazid.

- Corticoid và ACTH:

+ Dùng 30 - 60mg prednisolon mỗi ngày với chế độ ăn nhạt và kèm theo một lượng kali thích hợp.

+ Dùng ACTH với liều 40 đơn vị mỗi ngày trong điều kiện dùng prednisolon không có hiệu quả.

- Thuốc kháng sinh: sử dụng để đề phòng tái phát.

https://tieulun.hopto.org

VIÊM THẬN MẠN TÍNH

Viêm thận mạn tính có đặc điểm là sự xơ hoá và hoá trong tuần tiến của các tiểu cầu thận, sự thoái hoá ống thận và sự xơ cứng mạch. Nó là sự suy thận tuần tiến và bất khả hồi.

1. Nguyên nhân

Viêm thận mạn tính thường xảy ra sau:

- Thời kỳ viêm thận cấp hay bán cấp.
- Hư thận ở đơn vị dưới thận (tức viêm thận - ống thận cấp tính).
- Viêm thận - bể thận.
- Bệnh thận do thai nghén.

2. Triệu chứng

Bệnh phát sinh âm thầm.

a) Thời kỳ đầu

- Phù âm thầm: ngấm vào mô liên kết lỏng lẻo (mi mắt, mắt cá chân) rồi đến các phần thấp.
- Các biểu hiện tăng huyết áp: nhức đầu, khó thở khi gắng sức.
- Các rối loạn ở mắt: giảm thị lực, có biểu hiện đom đóm mắt, thong manh đột ngột và tạm thời.
- Đái dắt ban đêm và tiểu tiện nhiều: xảy ra thứ yếu.

b) Giai đoạn toàn phát

- Tăng áp lực động mạch: kèm theo có albumin niệu và chức năng thận giảm sút quan trọng.

https://tieulun.hopto.org

Hậu quả của tăng huyết áp là:

+ Suy tâm thất trái.

+ Bệnh võng mạc do mạch máu: có các vết xuất huyết và các dịch rỉ ở võng mạc. Có thể có dấu hiệu phù điểm mù.

- Tăng urê huyết: có triệu chứng nhức đầu, tăng áp lực động mạch, gầy sút, rối loạn dạ dày - ruột và tim, tiểu tiện ít hoặc vô niệu, người bệnh nôn mửa nhiều.

- Có hiện tượng mất natri và nước qua nước tiểu (thể hiện viêm thận mất muối): người bệnh hết phù, mất nước và hao hụt các dịch ngoài tế bào.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tăng huyết áp vô căn: ta thấy

+ Nước tiểu bình thường.

+ Áp lực động mạch vượt quá 200mmHg.

+ Có dấu hiệu phù khi thận và tim bị ảnh hưởng.

- Viêm thận bán cấp: có dấu hiệu:

+ Albumin niệu ồ ạt.

+ Giảm protein huyết.

- Viêm bể thận - thận mạn tính: có mủ trong nước tiểu (có thể kín đáo) và có vi khuẩn niệu.

4. Điều trị

- Cho chế độ ăn nhiều carbonhydrat có kèm 50 - 60g protein. Nếu giảm protein trong chế độ ăn thì dễ xuất hiện triệu chứng phù.

- Có chế độ ăn chứa ít muối.

https://tieulun.hopto.org

- Cung cấp các dịch để duy trì bài niệu (cần khoảng 2000ml mỗi ngày).

- Tránh các thuốc lợi niệu thuỷ ngân, chlorothiazid và các dẫn xuất của nó, amoniclorua. Dùng 3 - 5g calcilactat hàng ngày hoặc 1 - 2g natricitrat hay natribicarbonat để chống lại độ acid của phần dư protein.

- Điều trị thiếu máu: ở giai đoạn cuối của bệnh, sắt và cao gan không có tác dụng.

- Điều trị suy tim (nếu có).

- Thai nghén làm nặng thêm viêm thận: cần phá thai.

BỆNH SỎI THẬN

Bệnh sỏi thận là bệnh có đặc điểm do sự hình thành những hòn sỏi ở trong bể thận, do sự kết tủa của những chất bài tiết bình thường đáng lẽ ra phải hoà tan trong nước tiểu.

1. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh sỏi thận xảy ra chủ yếu ở lứa tuổi 30 - 50 tuổi.

Trong bệnh sỏi cystin niệu và bệnh sỏi uric có vai trò của tính di truyền.

Có một số điều kiện cần thiết cho sự phát sinh bệnh sỏi thận, như:

a) Ở trong nước tiểu có quá nhiều những chất có khả năng kết tinh

https://tieulun.hopto.org

- Acid uric và urat: gặp trong sự thừa acid uric kèm theo các rối loạn chuyển hoá nucleoprotein, cũng như chế độ ăn chứa nhiều purin (như trong bệnh Goutte). Sự kết tinh chỉ xảy ra ở trong nước tiểu acid.

Bệnh sỏi uric còn gặp trong bệnh tăng hồng cầu thật, bệnh bạch cầu tuỷ, dùng các thuốc độc đối với tế bào.

- Acid oxalic: gặp trong thức ăn có hàm lượng acid oxalic cao như: cacao, nước chè, rau dền và đại hoàng.

Các hòn sỏi oxalic gặp thuận lợi khi nước tiểu có tính kiềm, do có nhiều ion calci và do không có magiê (Mg).

- Phosphat: rất hay gặp. Sự kết tủa phosphat chỉ xảy ra trong môi trường kiềm.

Các phosphat ở đường tiết niệu tăng lên trong các trạng thái loạn dưỡng cơ, trong chế độ ăn uống chứa nhiều protein, trong trường hợp thừa hormon tuyến cận giáp.

- Xét về thành phần kim loại: người ta nhận thấy rằng đó là calci và tăng calci niệu dễ đưa tới sự hình thành những hòn sỏi calci.

Tăng calci niệu trong trường hợp:

+ Hấp thụ quá mức calci.
+ Tăng vitamin D.
+ Các rối loạn chuyển hoá phosphat calci.

Trong tất cả những trường hợp mất chất vôi nhiều, có thể quan sát thấy những hòn sỏi calci.

https://tieulun.hopto.org

- Sỏi cystin: hiếm gặp. Tăng cystin niệu là một bệnh di truyền.

- Các chất bắt nguồn từ bên ngoài: thuốc men, chủ yếu là sulfamid.

b) Các điều kiện lý - hoá tại chỗ tạo thuận lợi cho sự kết tinh: nồng độ của các chất hoà tan trong nước tiểu là điều kiện quan trọng.

- Tiểu tiện ít: do hấp thụ không đủ nước, do mất nhiều nước hoặc do bệnh thận.

- Ứ đọng nước tiểu: cũng như các dị dạng đường tiết niệu và các vật chướng ngại ngăn nước tiểu dễ gây bệnh sỏi thận.

- Các biến thiên của pH nước tiểu: pH nước tiểu dao động từ 4,5 đến 8.

+ Sỏi acid uric, urat và oxalat xảy ra ở nước tiểu acid (hay gặp).

+ Sỏi phosphat (calci và amoniac, magiê); cystin, calci carbonat xảy ra ở nước tiểu kiềm (hiếm gặp).

c) Có một nhân hình thành hòn sỏi

Đó là trung tâm kết tinh. Có thể là:

- Những mầm bệnh.

- Những bạch cầu ngưng kết.

- Những tế bào biểu mô bị hư biến.

d) Sự hình thành các hòn sỏi: điều kiện thuận lợi để hình thành sỏi là do tổn thương có từ trước của các đường bài tiết hay của thận.

e) Sự giảm các chất keo bảo hộ: các chất keo ở đường tiết niệu là: mucin, các dẫn xuất của acid nucleic và của acid chondroitin sulfuric.

https://tieulun.hopto.org

2. Triệu chứng

a) Các cơn đau: rất đa dạng.

- Cơn đau sỏi thận: có hội chứng đau kịch phát. Cơn đau bắt đầu một cách bất thình lình và thường sau một gắng sức. Chỗ đau phụ thuộc vào vị trí của hòn sỏi như đau thắt lưng nếu hòn sỏi ở trong bể thận... Có thể theo dõi được sự di chuyển của triệu chứng đau trong khi hòn sỏi đi xuống.

- Trạng thái "shock": phụ thuộc vào cường độ đau.

- Tiểu tiện ra một vài giọt và đau. Đó là cảm giác buốt mót bàng quang, thường có huyết niệu (đái ra máu) đại thể hay vi thể.

- Có thể cơn đau không điển hình: đau có thể ở vùng thắt lưng - bụng hay lan toả, có kèm theo những hiện tượng tiêu hoá bất định (như táo bón), thậm chí có thể có biểu hiện tắc ruột phản xạ.

Có thể gặp đau ở bên phải giống như cơn đau ruột thừa cấp tính.

Đôi khi đau ngấm ngầm và liên tục, không xác định được với dấu hiệu đau thuộc kiểu đau lưng.

b) Huyết niệu: huyết niệu phối hợp với đau thắt lưng làm cho người ta chú ý đến bệnh sỏi thận.

c) Nhiễm khuẩn đường tiết niệu: sỏi trong đường niệu là một cửa ngõ cho nhiễm khuẩn và ngược lại, nhiễm khuẩn đường niệu tạo thuận lợi cho bệnh sỏi.

d) Các rối loạn bất thường có thể gặp

- Huyết tinh dịch.

https://tieulun.hopto.org

- Mộng tinh.

- Đau tinh hoàn.

- Đái ra cát đỏ ("cát" là các tinh thể nhỏ được bài xuất một cách dễ dàng cùng với nước tiểu) được thấy trong bệnh sỏi uric. Đái ra cát trắng chỉ gặp trong bệnh sỏi phosphat.

e) Các điểm đau

Có thể thấy một số điểm đau khi sờ nắn:

- Sờ nắn bụng ở một phần ba ngoài đường lưỡng mào chậu (điểm niệu quản giữa) ở trong hố thắt lưng, đặc biệt là ở góc sườn - sống.

- Lúc thăm âm đạo hay trực tràng (điểm niệu quản dưới).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Trong trường hợp vô niệu: phân biệt với trạng thái sốc, nhiễm độc thuỷ ngân.

- Trong trường hợp cơn đau do sỏi thận: cần phân biệt với khuỷu niệu quản, thận ứ nước kèm nguy cơ nhiễm khuẩn và thận ngừng bài tiết.

4. Các thể lâm sàng

a) Bệnh sỏi uric: gặp ở những người bị bệnh Gout (gút) có tăng acid uric huyết và tăng mức bài xuất acid uric, nước tiểu thường xuyên acid.

b) Bệnh sỏi oxalic

Có triệu chứng:

- Tiêu chảy, đau và chảy máu đường niệu.

- pH nước tiểu thường xuyên lớn hơn 6.

https://tieulun.hopto.org

- Các viên sỏi oxalic thường tua tủa những cạnh sắc. Do đó, bệnh sỏi oxalic thường xuyên có triệu chứng đau, xuất huyết và có biến chứng.

c) Bệnh sỏi phospho - calci

Có triệu chứng:

- Nước tiểu thường xuyên kiềm do bệnh xảy ra thứ phát sau nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Tăng calci niệu ở người có bệnh tuyến cận giáp trạng, bệnh xương và người có chế độ ăn thảo mộc.

d) Bệnh sỏi cystin: hiếm gặp. Bệnh có yếu tố rối loạn chuyển hoá do di truyền.

5. Biến chứng

Vô niệu: bệnh sỏi ở cả hai bên thận hoặc ở chỉ một bên thận còn bên thận kia mất chức năng.

Nhiễm khuẩn: gây viêm bể thận - thận, viêm mủ thận hay viêm mủ quanh thận.

Suy thận: do tăng nitơ - huyết (là hậu quả muộn của các hòn sỏi phosphat to ở cả hai bên) hoặc do nhiễm khuẩn tiết niệu mà xuất hiện suy thận.

6. Tiên lượng

Tiên lượng phụ thuộc vào số lượng, kích thước và vị trí của các viên sỏi.

Bệnh sỏi là nguyên nhân gây ra:

- Thận ứ nước.
- Vô niệu.

https://tieulun.hopto.org

7. Điều trị

a) Điều trị cơn đau sỏi thận

- Chống co thắt: dùng belladon papaverin, phong bế novocain vùng thắt lưng.

- Điều trị nhiễm khuẩn, vô niệu.

b) Điều trị toàn thân bệnh sỏi thận

- Cho uống nhiều nước: 3 - 4 lít mỗi ngày.

- Điều trị nhiễm khuẩn và nguyên nhân gây ứ đọng nước tiểu.

- Làm giảm sừng hoá biểu mô niệu: vitamin A 50000 đơn vị/ngày.

- Tiêm dưới da 150 - 300 đơn vị hyaluronidase cách 2 - 3 ngày một lần để làm tăng bài tiết qua nước tiểu những chất dạng keo bảo hộ.

c) Điều trị nguyên nhân bệnh sỏi

Điều trị nguyên nhân phải dựa trên thành phần cấu tạo hoá học của sỏi.

- Bệnh sỏi uric:

+ Áp dụng chế độ ăn uống giống của những người mắc bệnh Gout.

+ Làm kiềm hoá nước tiểu bằng cách dùng natricitrat hoặc natribicarbonat.

+ Dùng các thứ thuốc làm dễ dàng cho sự hoà tan acid uric (dùng piperazin, lithin).

- Bệnh sỏi oxalic: hạn chế các thức ăn sinh oxalat, glucid và mức cung cấp calci; acid hoá nước tiểu bằng acid phosphoric hay amoniclorua; cho các muối magiê.

https://tieulun.hopto.org

- Bệnh sỏi phosphat - calci:

+ Điều trị nguyên nhân tăng calci niệu gây acid hoá nước tiểu (nếu có).

+ Cho chế độ ăn không quá nhiều sữa, rau và quả.

+ Điều trị nhiễm khuẩn bằng kháng sinh và loại bỏ chỗ tắc (nếu có).

- Bệnh sỏi cystin: kiềm hoá nước tiểu bằng các liều cao natri bicarbonat (có sự theo dõi nghiêm ngặt).

d) Điều trị phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí, con số, thể tích các sỏi và chủ yếu là vào rối loạn bài tiết phối hợp.

Cần sửa đổi chế độ ăn và pH nước tiểu để đề phòng khuynh hướng tái tạo các viên sỏi.

CƠN ĐAU SỎI THẬN

Cơn đau sỏi thận là hội chứng có đặc điểm của cơn đau thắt lưng dữ dội lan ra bàng quang và đùi, có kèm những rối loạn tiêu hoá và cảm giác buốt mót bàng quang.

1. Nguyên nhân

a) Bệnh sỏi thận

Thường xảy ra lúc sỏi thận di chuyển tới bàng quang qua các niệu quản.

Được khởi phát do một gắng sức.

https://tieulun.hopto.org

Hòn sỏi di chuyển qua niệu quản có kèm theo sự di chuyển của khu vực chiều đau. Khi hòn sỏi vào tới bàng quang thì hết đau.

b) Thận ứ nước: do dòng nước tiểu bị tắc lại trong chốc lát bởi vật chướng ngại gây ra thận ứ nước (như: hẹp ở chỗ nối thận - niệu quản, do dính hoặc cục máu đông, động mạch dị thường).

Niệu quản có thể bị chẹn trong viêm bể thận - thận cấp tính hay trong bệnh u thận.

c) Nhồi máu thận, viêm mủ toàn thận hoặc vỡ phình mạch thận: đau không điển hình.

2. Triệu chứng

- Dấu hiệu của cơn đau sỏi thận là:

+ Đau bắt đầu một cách bất thần, đạt ngay tới cường độ tối đa và có vị trí tại vùng thắt lưng ở một bên, chủ yếu ở góc sườn - sống.

+ Hướng lan đặc trưng:

• Ở phụ nữ: đau lan tới hai môi lớn.

• Ở nam giới: đau lan tới hai tinh hoàn.

• Ở cả hai giới: đau lan dọc theo dây thần kinh đùi và dây thần kinh đùi - da.

- Người bệnh vật vã, lo âu.

- Có rối loạn tiêu hoá: buồn nôn, nôn mửa, đôi khi tắc ruột.

- Đôi khi có tư thế chống đau: người bệnh phải nằm nghiêng, chi dưới co lại.

- Dấu hiệu tiết niệu: cảm giác buốt mót bàng quang, tiểu tiện khó, tiểu tiện ít, tiểu tiện ra máu và đôi khi vô niệu.

https://tieulun.hopto.org

- Thời gian đau có thể thay đổi từ một vài giờ đến 2 - 3 ngày.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các hội chứng nội khoa: viêm ruột thừa, viêm tuyến tụy cấp tính, nghẽn do thoát vị cơ hoành, viêm màng bụng do thủng ruột.

- Các hội chứng ngoại khoa:

+ Cơn đau sỏi gan: đau ở vùng hạ sườn phải, lan ngược lên.

+ Đau do loét dạ dày - tá tràng: theo nhịp các bữa ăn.

+ Cơn đau dạ dày Tabes (ta bét): kèm những dấu hiệu thần kinh.

+ Cơn đau thắt ngực: đau khi gắng sức.

4. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân.

- Dùng thuốc:

+ Chống co thắt: atropin, papaverin.

+ Giảm đau bằng morphin (với điều kiện là phải loại trừ một hội chứng bụng cấp tính ngoại khoa).

VIÊM BÀNG QUANG

1. Định nghĩa

Viêm bàng quang là bệnh bàng quang cấp tính hay mạn tính do vi khuẩn gây ra, thường gặp ở phụ nữ.

https://tieulun.hopto.org

2. Nguyên nhân

Sức đề kháng của biểu mô bàng quang giảm đi sau khi sinh đẻ, trong trạng thái nằm nghỉ trên giường lâu ngày, khi có nhiều nước tiểu sót lại trong bàng quang và trong bệnh đái tháo đường.

Những nguyên nhân hay gặp là:

- Nhiễm khuẩn các đường tiết niệu trên (bể thận và nhu mô thận) lan rộng; thường gặp trong viêm bể thận, viêm thận - bể thận, lao thận.
- Nhiễm khuẩn các đường sinh dục - tiết niệu dưới lan rộng. Gặp trong các bệnh nhiễm khuẩn niệu đạo và tiền liệt tuyến ở nam giới, nhiễm khuẩn niệu đạo, âm đạo và tử cung ở nữ giới.
- Lỗ rò bàng quang - ruột thẳng, lỗ rò bàng quang - âm đạo.
- Ung thư bàng quang hay bệnh sỏi bàng quang.
- Thông tiểu tiện: có thể gây nên nhiễm khuẩn bàng quang.

Tác nhân gây bệnh thường gặp:

- Trực khuẩn Coli.
- Liên cầu khuẩn.
- Trực khuẩn mủ xanh hoặc lậu cầu khuẩn: hiếm gặp.
- Yếu tố phụ trợ: nhiễm lạnh.

3. Triệu chứng

Có ba dấu hiệu quan trọng:

- Đi tiểu dắt (đái dắt).

https://tieulun.hopto.org

- Khó tiểu tiện: có dấu hiệu đau trước, trong và sau khi bài niệu, có cảm giác buốt mót lúc cuối bãi nước tiểu; có hiện tượng chuột rút lan tới quy đầu, hai bẹn và hậu môn.

- Xét nghiệm nước tiểu:

+ Mủ niệu: nước tiểu đục toàn bộ, cặn vẩn đục khá đặc (gồm mủ và vi khuẩn); lúc đầu, nước tiểu acid rồi sau trở nên kiềm.

+ Albumin niệu không nhiều nếu không có tổn thương thận đồng phát.

+ Huyết niệu: thường vào lúc cuối bãi nước tiểu trong trường hợp viêm bàng quang xuất huyết.

- Ngoài ra còn có các triệu chứng toàn thân, xuất hiện trong trường hợp có biến chứng:

+ Nhiễm khuẩn bể thận hay nhu mô thận.

+ Nhiễm khuẩn cấp tính đường sinh dục - tiết niệu (như: viêm tuyến tiền liệt cấp tính).

4. Chẩn đoán

Dựa vào dấu hiệu:

- Mủ niệu.
- Khó tiểu tiện.
- Tiểu tiện dắt (đái dắt).
- Có thể kèm theo dấu hiệu tổn thương thận: cần chụp X quang, cấy vi khuẩn.

5. Điều trị

- Loại trừ nguyên nhân nếu có điều kiện.
- Dùng thuốc kháng sinh.

https://tieulun.hopto.org

- Dùng thuốc giảm đau (thuốc phiện - morphin) khi có cảm giác buốt mót, thuốc chống co thắt, thuốc an thần.

- Ngâm mông vào nước nóng.

BỆNH SỎI BÀNG QUANG

Sỏi bàng quang có cùng cấu tạo như sỏi thận. Ứ đọng nước tiểu là yếu tố thuận lợi quan trọng nhất đối với nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

1. Triệu chứng lâm sàng

- Có thể không có triệu chứng khi sỏi bàng quang không di chuyển.

- Có thể sỏi bàng quang gây nên các dấu hiệu:

+ Tiểu tiện dắt (đái dắt).

+ Tiểu tiện khó.

+ Huyết niệu: tăng lên khi người bệnh vận động.

+ Tắc niệu đạo: ít gặp.

2. Điều trị

Sử dụng kỹ thuật tiết niệu học.

U BÀNG QUANG

U lành ở niêm mạc bàng quang cũng có xu hướng tái phát sau cắt bỏ và nhiều khi lan rộng ra.

https://tieulun.hopto.org

1. Nguyên nhân

- Dẫn xuất của anilin sử dụng trong công nghiệp: gây ra u nhú.

- Bệnh sán máng bàng quang có kèm theo viêm bàng quang mạn tính có thể gây nên ung thư bàng quang, gồm có:

+ Ung thư biểu mô nhú: phát sinh ở bên trong bàng quang.

+ Ung thư biểu mô vẩy da: gây ra vết loét hoại tử ở thành bàng quang.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Huyết niệu và không đau: là dấu hiệu quan trọng nhất.

- Bí tiểu tiện do tắc bàng quang.

- Triệu chứng nhiễm khuẩn ở chỗ loét và gây ra viêm thận - bể thận.

- Di căn ung thư xương: có thể gặp.

3. Tiên lượng

Tiên lượng xấu nếu lớp cơ và các bộ phận lân cận bị khối u xâm lấn.

4. Điều trị

- Phương pháp sử dụng điện đông đối với các u nhú nhỏ.

- Phẫu thuật cắt bỏ bàng quang từng phần hay toàn bộ đối với các u to, có thể dùng kèm theo chất đồng vị phóng xạ.

https://tieulun.hopto.org

VIÊM TUYẾN TIỀN LIỆT, VIÊM NIỆU ĐẠO, VIÊM TÚI TINH

1. Định nghĩa

Là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính hay mạn tính ở tuyến tiền liệt, niệu đạo và túi tinh.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân có thể là:

- Lậu cầu khuẩn: hay gặp nhất.
- Trực khuẩn Coli hay trực khuẩn lao: gây viêm tuyến tiền liệt. Trực khuẩn lao ẩn náu ở túi cùng tuyến tiền liệt và sau một chấn thương (như thông tiểu tiện) có thể lan ra mào tinh hoàn.

3. Triệu chứng lâm sàng

a) Nhiễm khuẩn cấp tính: viêm niệu đạo do lậu cầu khuẩn có thể lan ra tuyến tiền liệt, hai túi tinh và hai tinh hoàn.

Có thể phân biệt:

- Sung huyết tuyến tiền liệt: có triệu chứng:
  + Tiểu tiện khó.
  + Mủ niệu và có nhầy ở trong nước tiểu.
  + Tuyến tiền liệt to và nóng.
- Viêm nang cấp tính: có nhiều hòn rắn to bằng hạt đậu.
- Viêm tuyến tiền liệt cấp tính: có dấu hiệu:
  + Cảm giác nằng nặng ở đáy chậu.

https://tieulun.hopto.org

+ Cảm giác đau khó chịu lúc đi đại tiện.

+ Khó tiểu tiện, đôi khi dẫn tới bí tiểu tiện hoàn toàn.

+ Tuyến tiền liệt to, chắc và đau.

Viêm tuyến tiền liệt cấp tính có thể tan đi do khỏi nhiễm khuẩn các chùm nang, tháo rỗng một cách tự phát vào niệu đạo hay là mở vào trong ruột thẳng (trực tràng).

- Viêm tấy quanh tuyến tiền liệt: có các triệu chứng như viêm tiền liệt tuyến. Ngoài ra, sờ nắn có thể thấy một mảng đau và một khối mềm, mõm, đó là dấu hiệu mưng mủ.

b) Nhiễm trùng mạn tính

- Tuyến tiền liệt xuất tiết dịch viêm, dịch từ tuyến tiền liệt chảy ra.

- Di tinh.

- Dương vật không cương hoàn toàn, phóng tinh sớm.

Viêm tiền liệt tuyến mạn tính được thấy trong viêm niệu đạo mạn tính hay là trong hẹp niệu đạo.

3. Điều trị

a) Ở giai đoạn cấp tính

- Dùng thuốc kháng sinh, thuốc an thần, dùng morphin nếu đau dữ dội.

- Nằm nghỉ tại giường.

- Ngâm mông vào nước ấm.

- Chống chỉ định: xoa bóp và xét nghiệm tiết niệu học. Việc xoa bóp tuyến tiền liệt có thể làm lan toả các mầm bệnh.

https://tieulun.hopto.org

b) Ở giai đoạn mạn tính

- Thuốc kháng sinh: thường ít kết quả.

- Nhỏ các thứ thuốc sát trùng (nitrat bạc 0,5%) và xoa bóp.

- Thông tiểu tiện để tháo rỗng nước tiểu còn sót lại trong bàng quang.

U TUYẾN TIỀN LIỆT

U tuyến tiền liệt cùng nghĩa với phì đại tuyến tiền liệt.

1. Nguyên nhân

Tuyến tiền liệt to ra với tỷ lệ trên 40% ở những người trên 60 tuổi. Trước tuổi này, có sự xơ hoá sau viêm tiền liệt tuyến.

Căn nguyên bệnh u tuyến tiền liệt còn chưa biết rõ.

2. Triệu chứng lâm sàng

a) Các rối loạn bài niệu: xuất hiện dần dần ở người trên 50 tuổi.

- Đái dắt chủ yếu về ban đêm, nhiều khi có kèm dấu hiệu khó tiểu tiện.

- Lực phóng của tia nước tiểu giảm.

- Bí tiểu tiện:

+ Thường là bí tiểu tiện mạn tính: sau khi bài niệu vẫn còn một lượng nước tiểu sót lại trong bàng quang, lượng nước tiểu sót lại này nhiều khi đục và bị nhiễm khuẩn.

https://tieulun.hopto.org

+ Đôi khi là bí tiểu tiện cấp tính: có thể xuất hiện sau một sự thái quá về ăn uống hoặc sau giao hợp.

- Có thể bị huyết niệu.

b) Thăm trực tràng: thấy dấu hiệu tiền liệt tuyến to, có giới hạn rõ, chắc nhưng không rắn.

c) Các xét nghiệm bổ sung khác

- Định lượng về urê huyết để nghiên cứu chức năng thận.

- Đo áp lực động mạch, điện tâm đồ để nghiên cứu chức năng tim.

- Tìm những dấu hiệu của biến chuyển thành ung thư tiền liệt tuyến: tìm di căn ung thư ở xương, định lượng phosphat.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Hẹp niệu đạo.
- Sỏi bàng quang.
- U bàng quang.
- Ung thư tiền liệt tuyến.

4. Biến chứng

- Huyết niệu: không nhiều.

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu: viêm niệu đạo, viêm bàng quang, viêm thận - bể thận.

- Suy thận (xơ cứng teo nhu mô thận và tăng urê huyết), thận ứ nước.

https://tieulun.hopto.org

- U tuyến biến thành ung thư tiền liệt tuyến.

5. Điều trị

- Dùng thuốc hytrin, xatral SR (2,5mg/viên), permixon (160mg/viên).

- Chú ý lượng nước tiểu còn sót lại trong bàng quang sau khi bài niệu.

a) U tiền liệt tuyến không có bí tiểu tiện

- Điều trị triệu chứng đái dắt.

- Điều trị triệu chứng tiểu tiện khó và nặng gây nên đau đớn và khó khăn khi bài niệu: dùng thuốc.

- Tránh các nguyên nhân gây sung huyết vùng chậu nhỏ: ăn uống quá độ, uống rượu, táo bón, lạnh. Cần bài niệu ngay mỗi khi thấy mót để giảm hiện tượng căng bàng quang.

- Dùng thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm khuẩn.

- Thông đường tiết niệu để điều trị bí tiểu tiện cấp tính.

b) U tiền liệt tuyến có bí tiểu tiện

- Phẫu thuật trong trường hợp bí tiểu tiện mạn tính để tránh biến chứng suy thận.

- Điều trị nhiễm khuẩn.

UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

1. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới từ 50 đến 70 tuổi.

https://tieulun.hopto.org

2. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh khởi đầu âm thầm, gồm các triệu chứng:

- Các rối loạn bài niệu: đái dắt và khó tiểu tiện.

- Huyết niệu: đôi khi xuất hiện ở thời kỳ đầu còn ở thời kỳ tiến triển đã lâu thì huyết niệu thường xảy ra.

- Đau:

+ Đau ở quy đầu, dọc theo niệu đạo trong vùng đáy chậu.

+ Dần dần có chèn ép thần kinh do các di căn xương nên xuất hiện đau xương cùng, đau dây thần kinh hông ở hai bên, đau dây thần kinh đùi.

- Di căn ung thư: tìm di căn ung thư tiền liệt tuyến ở hạch bẹn, trong hố chậu, ở xương, ở gan và ở phổi.

Đôi khi có phù hai chi dưới do chèn ép tĩnh mạch.

- Tiểu tiện ít do ung thư tuyến tiền liệt phát triển về phía tam giác bàng quang. Vô niệu do thắt nghẹt niệu quản. Có triệu chứng căng đường niệu và xơ cứng nhu mô thận (suy thận và tăng urê huyết).

- Thăm khám ruột thẳng thấy tuyến tiền liệt to, rắn như gỗ và không đau.

3. Chẩn đoán

Dựa vào:

- Các triệu chứng đã nêu ở trên.

https://tieulun.hopto.org

- Sinh thiết để xét nghiệm tế bào.

4. Tiên lượng

Ung thư tuyến tiền liệt gây suy mòn cơ thể do tăng urê huyết hoặc vô niệu. Tiên lượng xấu.

5. Điều trị

- Dùng oestrogen tổng hợp liều cao và kéo dài trong nhiều năm.

- Dietyl stilboestrol: liều tấn công (10mg - 25mg/24h) với ung thư tiền liệt tuyến không mổ được và không có di căn.

- Stilboestrol diphosphat có tác dụng tốt hơn cả.

Chú ý: ngừng liệu pháp hormon nếu hiện tượng giữ nước do các oestrogen đe dọa gây ra suy tim.

- Phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt. Sau khi cắt bỏ tổn thương, cần tiếp tục liệu trình oestrogen.

https://tieulun.hopto.org

Chịu trách nhiệm xuất bản
TS. NGUYỄN DUY HÙNG

Chịu trách nhiệm nội dung
ThS. HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập nội dung: BÙI HỒNG THÚY
BS. ĐẶNG CẨM THÚY
BÙI QUỲNH NHƯ
Trình bày bìa: PHẠM THÚY LIỄU
Chế bản vi tính: ĐÀO BÍCH
Sửa bản in: PHÒNG BIÊN TẬP KỸ THUẬT
Đọc sách mẫu: BÙI QUỲNH NHƯ

https://tieulun.hopto.org

https://tieulun.hopto.org

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA – SỰ THẬT – 12/86 phố Duy Tân, quận Cầu Giấy, Hà Nội
ĐT: 080.49221, FAX: 080.49222, E-mail: suthat@hn.vnn.vn Website: www.nxbctqg.vn

TÌM ĐỌC

GS. VS. Phạm Minh Hạc - GS. TSKH. Thái Duy Tuyên
* ĐỊNH HƯỚNG GIÁ TRỊ CON NGƯỜI VIỆT NAM THỜI KỲ ĐỔI MỚI VÀ HỘI NHẬP

GS. TS. Đào Văn Dũng (Chủ biên)
* CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE NHÂN DÂN

Phạm Thị Lan Anh
* HỎI - ĐÁP PHÁP LUẬT VỀ BÌNH ĐẲNG GIỚI

8935211124066

https://tieulun.hopto.org